N° ~~15~~ 29

L'HYSTÉRIE TRAUMATIQUE

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Janvier 1904

PAR

CH. DURAND-BONNAL

Chef de Clinique médicale intérimaire
Aide de Clinique des maladies des vieillards (Concours 1902)
Ancien externe des Hôpitaux (Concours 1898)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

« Si desint vires tamen est laudanda voluntas. »



MONTPELLIER
Imprimerie Grollier, Alfred DUPUY successeur
Boulevard du Peyrou, 7

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)........... Doyen.
FORGUE............. Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.................... ..	MM. GRASSET (✻)
Clinique chirurgicale....................	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol............	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois	
Thérapeutique et matière médicale.......	HAMELIN (✻)
Clinique médicale......................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale......................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale....................	FORGUE.
Clinique ophtalmologique................	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie...........	VILLE.
Physiologie........................... .	HEDON.
Histologie..........	VIALLETON.
Pathologie interne......................	DUCAMP.
Anatomie.............................	GILIS.
Opérations et appareils..................	ESTOR.
Microbiologie...	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.... ...	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.........	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards...	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	L. JEANBRAU, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	L. IMBERT
RAUZIER	MOURET	JEANBRAU
MOITESSIER	GALAVIELLE	POUJOL
de ROUVILLE	RAYMOND	

M. H. GOT, *Secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. CARRIEU, *président*.	MM. VIRES, *agrégé*.
FORGUE, *professeur*.	JEANBRAU, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A

Madame Durand-Bonnal

Vous qui m'avez appris combien est vaine toute vie qui n'a pas le Bien pour objet, permettez-moi de vous dédier ce travail.

C. D.-B.

Branoux, 15 août 1903.

Touchant au dernier jour de ma longue vie d'étudiant, j'ai, suivant une antique coutume, un pieux devoir à remplir. Au moment de franchir le seuil de cette vieille École si hospitalière je dois m'incliner devant ses Maîtres et remercier ceux qui, si libéralement, m'ont ouvert les trésors de leur science et de leur esprit, quelquefois même de leur cœur.

Vous qui avez conquis maîtrise dans le plus noble des métiers d'intelligence, Juges de ma thèse, je vous rends grâces de m'élever à la dignité de compagnon alors que mon apprentissage est si loin d'être terminé : mon maître, M. le Pr Carrieu, à qui je dois trop pour le dire; M. le Pr Forgue, qui me fit admirer les magnifiques audaces de la chirurgie contemporaine, source de triomphes; MM. les P^{rs} Agrégés Vires et Jeanbrau;

Et vous qui, avec une inépuisable bienveillance, avez si souvent guidé mes pas hésitants : MM. les P^{rs} Grasset, Truc, Mairet, Tédenat, Hamelin, Imbert, Ducamp, Sarda, Baumel; MM. les P^{rs} Agrégés Vedel, de Girard, Brousse, Rauzier, Galavielle, daignez agréer l'hommage de ma respectueuse reconnaissance.

Je vous remercie d'avoir voulu non seulement dépouiller devant moi la nature de ses voiles pour me révéler ses secrets, mais encore et surtout, de m'avoir appris que le médecin ne doit pas limiter ses efforts à la cure des maladies mentionnées dans nos livres, que ses devoirs sont plus étendus et son rôle plus grand.

Dans ce vaste hospice de vieillards où, charmé par les conceptions originales d'un esprit souvent enjoué, ébloui par un sens clinique parfois prestigieux, j'ai passé, grâce au Pr Vedel, une année pleine d'agrément et de profit scientifique, il m'a été donné d'observer une foule de misères physiques et morales. Ces dernières, souvent, m'ont paru dominer les autres et les provoquer parfois. J'ai, en effet, vu des sujets dont l'état morbide reconnaissait, comme cause primordiale, une navrante histoire; et lorsque, plus tard, je les ai revus promenant dans les salles un corps délabré et une mentalité en ruines, j'ai compris combien les maladies morales étaient puissantes causes de déchéance. Le praticien trop souvent néglige de s'en occuper et laisse à d'autres le soin de les guérir : il est à souhaiter que, comprenant enfin leur importance et leur déterminisme considérable, « le biologiste humain » à la poursuite de l'état hygide, soit le médecin de l'être tout entier et, à cet effet, ne dédaigne aucune puissance bienfaisante, depuis les activités des corps scientifiquement définis jusqu'aux forces sédatives des célestes illusions.

Le médecin ne doit pas se borner à prescrire des médecines; mieux au courant que quiconque des peines et des besoins de ses malades, il doit les consoler et les aider.

Il faut voir dans la pratique d'un art non un moyen de s'élever au-dessus de ses semblables, mais de leur être utile, et c'est parce que la médecine m'a paru des diverses carrières celle qui, toutes choses égales d'ailleurs, permettait de faire le plus de bien que je l'ai embrassée.

L'HYSTÉRIE TRAUMATIQUE
AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

INTRODUCTION

Il n'est pas rare de voir se développer à la suite d'un traumatisme physique ou psychique divers troubles nerveux qui viennent aggraver, souvent d'une manière considérable, les conséquences de l'accident. Parmi eux, il en est tout un groupe qui présente les caractères essentiels de l'hystérie à un point tel qu'il doit être considéré comme appartenant à cette dernière. C'est à ce groupe de « manifestations névrosiques reproduisant tout ou partie de la symptomatologie de l'hystérie » qu'on donne le nom d'hystéro-traumatisme.

L'hystéro-traumatisme est donc simplement une hystérie reconnaissant comme cause *occasionnelle* un traumatisme ; ce n'est pas une individualité morbide nouvelle et distincte ; sa symptomatologie ne diffère point *essentiellement* de celle de l'hystérie banale. Toute la distinction réside dans la nature de la cause occasionnelle « le Trauma ». Définir l'hystérie traumatique, revient donc à donner la définition de l'hystérie et du traumatisme.

Pour définir l'hystérie d'une façon satisfaisante, il faudrait

connaître sa nature. Or nous sommes encore réduits, sur ce point, à des hypothèses, dont certaine assurément est fort séduisante mais non encore démontrée.

Je pense qu'il serait sage lorsque ainsi on n'est pas absolument fixé sur la nature intime, sur la cause constante efficiente d'un syndrome morbide, de se contenter, dans un travail tel que celui-ci, de donner simplement comme définition la caractéristique de l'appareil symptomatique et évolutif avec lequel il se présente (1). Toutefois nous allons citer par ordre chronologique les conceptions de l'hystérie qui, à l'heure actuelle, sont le plus en honneur dans notre école (2).

« L'hystérie, dit le P[r] Grasset, est une névrose complexe du système nerveux tout entier et plus spécialement du cerveau, caractérisée par les divers signes cliniques suivants :

» A. *Stigmates :* Impressionnabilité et émotivité. Anesthésies (hémilatérale). Parésies. Rétrécissement du champ visuel. Anesthésie (réflexe) du pharynx et du globe oculaire. Zones hystérogènes. Clou céphalique. Etat mental : idée fixe subconsciente ; tendance à la simulation et à la dissimulation (tromperie). Contractures faciles.

---

(1) Les auteurs sont à peu près d'accord sur l'appareil symptomatique de l'hysterie ; sans cela, je le reconnais, il serait, en l'absence de conception précise sur cette névrose, difficile de dire si un symptôme donné est ou n'est pas hystérique.

(2) Voir Geoffrey Hungerford, *The j. of mental science*, janvier 1900 ; — W. Burr, le diagnostic de l'hystérie, *The New-York medical Record*, 31 mars 1900 ; — Mix, l'hystérie : sa nature, son étiologie, *The New-York med. j.*, 4 août 1900 ; — Grasset, *Archives générales de méd.*, janvier 1903, p. 19 ; — Colin, 3 nouvelles théories de l'hystérie, *Revue de psychiatrie*, mars 1903 ; — Bernheim, conception nouvelle et étiologie de l'hystérie, *Bull. méd.*, 8 nov. 1902 ; — Binswanger, pathogénie de l'hystérie, Congrès de Halle, *Arch. f. Psych.*, 1901, t. XXXIV.

» B. *Manifestations autres que les stigmates* : Attaque, paralysies, contractures, arthropathies, suggestibilité, etc... » (Voir *Consultations médicales*, pag. 231, 1902).

« L'hystérie, dit Babinski (*Soc. de Neurol.*, novembre 1901 et *Soc. méd. des hôp.*, 11 décembre 1903), est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner.

» Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires.

» Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

» Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs. »

« L'hystérie, dit à son tour le Pr Vires (*Maladies nerveuses*, 1902, p. 267), est un syndrome mental, dû à l'inattention, au non contrôle des neurones supérieurs d'association, neurones mentaux. Ceux-ci, siège et réservoir des souvenirs et des images antérieurement acquis, à l'aide desquels s'édifient les processus psychiques, donnent naissance par auto-suggestion du malade sous l'influence d'une idée fixe primaire, d'idées secondaires toujours subconscientes, ou grâce à des causes multiples, souvenirs obsédants, émotions morales vives, traumatismes, à des perturbations kinesthésiques, sensorielles, motrices et intellectuelles multiples.

» Ces perturbations sont semblables comme forme, identiques comme cause et comme mécanisme, à celles que réalisent les hypnotisés spontanément ou sous l'injonction de l'hypnotiseur. L'hystérique est un auto-suggestionné.

» ... C'est une psychose, en ce sens que le trouble ne porte pas seulement sur la marche normale des processus psychiques eux-mêmes, mais principalement sur

le lien qui les unit aux processus d'innervation purement corporels. Nous appelons, par conséquent, *hystérique toute manifestation morbide qui dépend d'un trouble des rapports normaux existant entre les processus psychiques et notre individualité physique.* »

Ces deux dernières conceptions sont analogues et assez séduisantes. Elles ne permettent pas cependant de donner l'explication de toutes les manifestations considérées à l'heure actuelle comme « hystériques » ; mais il est possible qu'on englobe sous le qualificatif « hystérique » des troubles de nature différente.

P. Sollier a donné une théorie physiologique de l'hystérie, qu'il vient d'exposer à nouveau dans le *Journal de neurologie de Bruxelles*, 5 janvier 1904 : « L'hystérie, dit-il, est un trouble physique, fonctionnel, du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux, et se traduisant par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices ou trophiques, viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et suivant ses variations, son degré et sa durée par des crises transitoires, des stigmates permanents, ou des accidents paroxystiques. » La cause de cet engourdissement est encore hypothétique. Pour lui la suggestibilité n'est pas « la caractéristique » de l'hystérie, elle en est seulement un symptôme qui disparaît ou diminue avec l'état hystérique lui-même. Il en est de même de l'idée fixe, du dédoublement de la personnalité, etc.

Pour rester sur un terrain solide et inattaquable, nous dirons avec M. le Pr Carrieu : l'hystérie n'est encore qu'un « syndrome clinique » difficile à caractériser autrement que par l'énumération des symptômes qui le constituent et des caractères généraux qui les unissent.

Assurément nous pouvons dire : « Est hystérique tout phénomène qui peut être reproduit ou détruit par la suggestion », en faisant les réserves suivantes :

1° Il y a, s'il m'est permis de parler ainsi, suggestion et suggestion. Tel sujet, par suite d'une lésion organique cesse de pouvoir marcher sans aide. Un médecin (ou un chirurgien) guérit rapidement sa lésion ; le sujet, semble-t-il, doit pouvoir marcher et cependant il ne le peut, dit-il. On lui affirme qu'il se trompe et on l'engage vivement à essayer. Il marche. Est-ce à dire qu'il était hystérique ? pas nécessairement, il était peut-être simplement « phobique » (Charcot, Grasset). Nous sommes tous en effet suggestionnables à un degré quelconque. Il faut distinguer cette suggestibilité de la suggestibilité morbide des hystériques.

2° Il faut savoir que tout hystérique n'est pas constamment en état d'être suggestionné avec fruit. Par exemple, en ce qui concerne les cas qui nous occupent, le traumatisme produit fréquemment en même temps que la mise en œuvre de l'hystérie un trouble organique *source de sensations* particulières *cause d'auto-suggestion* constante, et nous nous expliquons ainsi la durée et la fixité ordinaires des manifestations de l'hystéro-traumatisme. Dans ces cas, l'hétéro-suggestion sera souvent impuissante à triompher de l'auto-suggestion en général insoupçonnée.

Le traumatisme physique ou psychique n'a pas besoin d'être défini. Comme nous l'avons dit, il ne joue devant l'hystérie que le rôle de cause occasionnelle, mettant en jeu la prédisposition. C'est à la faveur du traumatisme que le sujet *prédisposé* réalise une hystérie apparente. Maintenant, n'est-il pas capable de créer lui-même la prédisposition qu'une cause ultérieure viendra à son tour mettre en jeu ? La chose est possible, mais en l'espèce nous importe peu. (Voir Charcot, Grasset, Pitres, Bernheim).

En clinique, l'hystéro-traumatisme se montre isolé ou associé à d'autres états pathologiques.

Est hystéro-traumatique pur (1) tout syndrome qui est produit par le traumatisme, grâce à cet état anormal source de la suggestibilité morbide, et sans association de troubles organiques ou névrosiques d'un autre ordre. De tels cas sont moins fréquents qu'on pourrait le croire si on s'en rapportait au grand nombre d'observations publiées sous le titre d'hystéro-traumatisme. Mais, par contre, plus souvent qu'on ne pense, le traumatisme réveille chez l'individu, en même temps que l'hystérie, une diathèse latente ou détermine des lésions organiques plus ou moins manifestes. On se trouve alors en présence d'associations névroso-organiques. Dans ce cas, l'hystérie superpose volontiers ses manifestations à celles de la lésion organique et prend, comme nous l'avons dit, des caractères de fixité, comme si la lésion organique, souvent minime et inaperçue, jouait le rôle d'épine irritative et devenait source d'auto-suggestion permanente.

On peut aussi dans d'autres cas voir se développer à la suite d'un traumatisme outre l'hystérie ; la neurasthénie (Blum) ou une autre névrose. Ces associations névroso-névrosiques ou psycho-névrosiques ont été très souvent signalées, plus souvent peut-être qu'elles n'ont été réellement observées.

Quoiqu'il en soit, cette association des manifestations hystériques avec d'autres de nature différente et d'apparition antérieure, contemporaine ou ultérieure, a pour effet de

(1) « On donne le nom d'hystéro-traumatisme, disent MM. Grasset et Rauzier (*Mal. du syst. nerveux*, 1894, p. 782), à tout un groupe de manifestations névrosiques, généralement tenaces survenant à l'occasion d'un choc physique ou moral et reproduisant tout ou partie de la symptomatologie de l'hystérie, le plus souvent avec un élément neurasthénique surajouté ».

masquer l'aspect symptomatique et évolutif de l'hystérie et de rendre parfois cette dernière méconnaissable tant les appareils symptomatiques s'unissent étroitement et par suite se défigurent mutuellement. En présence de ce complexus rendu plus étrange par l'intervention de l'exagération et de la simulation, certains observateurs ont pensé avoir affaire à une maladie bien spéciale non encore décrite et lui ont donné le nom de « névrose traumatique. »

Je ne sais s'il peut se produire par le fait d'un traumatisme un tel syndrome ayant une pathogénie, un appareil symptomatique et évolutif, un pronostic bien particulier au point de réclamer pour lui une place distincte dans le cadre nosologique. Je n'ai pas encore eu le bonheur de l'observer et les cas que j'ai vu désignés sous ce non « Névrose traumatique », m'ont paru relever de maladies ou syndromes connus, organiques ou psychiques, maladies ou syndromes se montrant en l'espèce soit isolés, soit, et le plus souvent, associés. Parmi les symptômes attribués à cette névrose quelques-uns étaient manifestement d'origine hystérique.

Oppenheim et Thompsen se refusaient à l'admettre (1), disant : On ne voit pas dans l'évolution des troubles observés ces changements capricieux qui sont caractéristiques de l'hystérie ; ils durent tels quels des mois et des années ; de plus, l'état psychique des malades n'est pas celui des hystériques, il n'est ni mobile ni changeant, les malades sont déprimés, mélancoliques d'une façon permanente, sans grande variation.

Il est facile de répondre à ces deux ordres d'objections :

---

(1) Ils ne niaient pas l'existence de l'hystéro-traumatisme, mais réduisaient beaucoup trop son domaine au profit de la névrose traumatique.

1° Les manifestations de l'hystérie banale ne sont pas toujours mobiles et changeantes ; en effet, sans parler des stigmates dont la fixité est indiscutable, il suffit d'interroger l'histoire et d'aller demander aux sanctuaires vénérés combien ils ont vu d'anciens paralytiques guéris par le seul fait de s'être agenouillés sur leurs dalles, aux pieds d'une madone alors en renom, pour se rendre compte que l'hystérie non traumatique réalise elle aussi des troubles divers qui durent des mois et des années.

Inversement les troubles névrosiques post-traumatiques n'ont pas toujours la fixité que l'on prétend et présentent parfois des variations considérables dans l'espace et dans le temps. Cependant la ténacité est bien un de leurs caractères ; elle est due probablement, au moins dans la majorité des cas, à une association organique et aux calculs du malade intéressé.

2° A côté des malades mélancoliques et déprimés, il en est d'autres dont la mentalité est normale, semble-t-il (1), la suggestibilité mise à part. (Voir nos observations). L'hystérie traumatique peut les revendiquer.

Telle est la façon dont nous comprenons l'hystérie traumatique : hystérie ne différant pas plus de l'hystérie banale qu'une tumeur blanche survenue après un choc ne diffère de celle qui a pris naissance en dehors de tout traumatisme : hystérie se montrant isolée ou associée à d'autres états pathologiques et prenant ainsi part à la constitution de syndromes complexes que les uns lui ont attribué en entier et dont les autres ont voulu l'exclure. Son domaine, moins étendu que le

---

(1) Toutefois il faut noter que l'hystérie mâle, surtout d'origine traumatique, est généralement assez triste. (Charcot, *Mal. du sys. nerv.*, 1887, t. III, p. 254.)

voulait l'école française, dépasse les limites que lui assignait l'école allemande ; elle est en effet la cause d'une partie des troubles attribués à la névrose traumatique.

Dès lors, abandonnant ces préliminaires nous pouvons aborder, surtout en médecin légiste, notre étude diagnostique et pronostique. Nous l'émaillerons çà et là, suivant les besoins, de quelques aperçus symptomatiques et historiques.

Dans un premier chapitre, nous passerons en revue les stigmates et les caractères généraux de l'hystéro-traumatisme ; dans un deuxième, nous en étudierons les troubles oculaires dont l'importance est telle qu'ils doivent être systématiquement recherchés dans tous les cas où l'on soupçonne la grande névrose. Nous exposerons ensuite le diagnostic différentiel de quelques formes de l'hystérie traumatique et terminerons par le pronostic.

DES CARACTÈRES GÉNÉRAUX ET DES STIGMATES DE L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

L'hystérie traumatique, a-t-on dit, se caractérise symptomatiquement par deux ordres de phénomènes : « Les stigmates et les accidents », que l'on trouve, suivant les cas, isolés ou réunis.

A la suite d'un traumatisme provocateur d'hystérie deux cas en effet peuvent se présenter : 1° La névrose se manifeste uniquement par ses stigmates ; comme ces derniers gênent peu ou pas le malade qui même d'ordinaire ignore leur présence, le médecin n'est pas appelé et de tels cas passent le plus souvent inaperçus ; 2° l'hystérie accompagnée ou non de stigmates apparaît sous la forme « d'hystérie-accident ». Dans ce cas, il existe un trouble quelconque gênant plus ou moins le sujet et diminuant dans diverses limites sa valeur économique, tel que une algie, une paralysie, etc... Comme de semblables symptômes se montrent aussi à la suite de lésions organiques dont naturellement le pronostic est tout autre, il importe essentiellement d'être fixé sur la nature des troubles observés.

Comme d'une part et en règle très générale, toute hystérie s'accompagne de ses stigmates, et comme d'autre part, la présence d'une hystérie chez un sujet, qui, à la suite d'un traumatisme, a réalisé un trouble quelconque dont la

véritable cause est difficile à déterminer, doit constituer aux yeux de l'expert une présomption en faveur de la nature névrosique du trouble observé, on comprend combien est importante, de ce chef, la constation de la présence ou de l'absence des stigmates hystériques.

Or donc, lorsque étudiant un sujet porteur de troubles quelconques nous ne trouverons rien en lui qui nous indique une maladie organique susceptible d'en être la cause, nous devrons, en pratique, orienter nos recherches du côté de l'hystérie (1) en nous demandant tout d'abord : Notre sujet est-il un hystérique? Présente-t-il les stigmates de la grande névrose? Ces signes caractéristiques de l'hystérie qu'il est pour nous si important de rechercher, puisqu'ils nous renseignent tout au moins sur la nature du terrain devant lequel nous nous trouvons, acquièrent une valeur d'autant plus grande qu'ils sont réunis en plus grand nombre ; car à côté de stigmates pathognomoniques qui sont fort loin de se présenter constamment, il en est beaucoup dont la présence isolée ne voudrait pas dire grand chose mais qui, réunis, forment un faisceau caractéristique.

Voici ceux que l'on devra systématiquement rechercher :

Les zônes qui spontanément ou à la pression sont hystérogènes, spasmogènes ou spasmofrénatrices : leurs localisations sont multiples, elles siègent le plus souvent au niveau des testicules, *des ovaires*, des seins (au-dessus ou *au-dessous*), de l'occiput, du vertex, des tempes, du rachis et enfin de l'endroit où le traumatisme a porté.

---

(1) « Lorsque j'ai bien examiné une malade, disait Sydenham et que je ne trouve rien en elle qui se rapporte aux maladies connues, je regarde l'affection dont elle est atteinte comme une hystérie ». Il étendait assurément un peu trop le domaine de la grande névrose.

Les anesthésies cutanées ou muqueuses, à disposition rarement généralisée mais le plus souvent à forme hémiplégique, monoplégique aux limites morphologiques, segmentaires ou de plaques disséminées.

L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle qui suffit à elle seule pour permettre d'affirmer l'existence de l'hystérie.

Les anesthésies (et non hémianesthésies) pharyngées, conjonctivales, cornéennes (1).

Les hyperesthésies revêtant le plus souvent une distribution en plaques disséminées.

Les diathèses : amyosthénique *de contracture* (2) et vaso-motrice (3).

Les stigmates oculaires que nous étudierons au chapitre de l'œil hystéro-traumatique et dont l'un, le rétrécissement concentrique du champ visuel *avec inversion spéciale du champ des couleurs*, a une importance qui ne le cède en rien à celle de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Je ne parle pas bien entendu des attaques d'hystérie, ni de l'inversion des phosphates.

De ce que chez un de nos malades nous ne trouvons pas les stigmates de l'hystérie, nous ne devons pas conclure à l'absence de cette dernière. L'hystérie traumatique, comme les autres du reste, néglige parfois de s'accompagner de son

---

(1) Il faut avoir soin de toucher la cornée en dehors du champ pupillaire, car on provoquerait alors l'apparition du réflexe rétinien et le clignement par conséquent.

(2) C'est de beaucoup la plus importante des trois. On la décèle en excitant les masses musculaires ; c'est ainsi que l'application d'un lien serré autour d'un membre peut amener la contracture des muscles pressés ; nous la retrouverons du reste plus loin.

(3) Elle est la cause de ce que chez certains hystériques les piqûres ne saignent pas ou saignent moins du côté malade que du côté sain, de la dermographie, etc.

cortège habituel de stigmates pour s'annoncer à nous par un seul symptôme, celui sur la nature duquel nous avons à nous prononcer. L'hystéro-traumatisme est dans ce cas monosymptomatique. Le reconnaître alors, sera parfois chose presque impossible. Evidemment, nous essayerons de fouiller dans les antécédents du sujet de façon à savoir s'il appartient à la famille hystérique ou tout au moins névropathique. Mais si, comme cela nous arrivera souvent, nous ne trouvons de ce côté rien qui puisse nous permettre de nous faire une opinion, nous devrons nous contenter d'examiner le symptôme lui-même et de voir : 1° S'il est de ceux que l'hystérie présente quelquefois ; 2° s'il possède les caractères que la névrose imprime à ce qui émane d'elle.

Il faut savoir en effet qu'il est des symptômes que l'hystérie ne présente qu'exceptionnellement ; jamais même pour quelques auteurs, opinion peut être exagérée. Tels sont par exemple : « La perte isolée des sensations tactiles, le retard ou le redoublement des perceptions, les erreurs dans les localisations, la sommation dans les perceptions, tous signes qui indiqueraient, d'après Pitres, une lésion médullaire ou névritique. » A ce nombre appartiennent encore : Les lésions de la papille optique autres que l'hyperhémie et peut-être un léger degré d'œdème, l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière (1), l'hémianopsie en cadran, la paralysie d'un nerf oculo-moteur ou d'une façon plus générale périphérique bien limitée au territoire de ce nerf, l'anesthésie limitée à la zône de distribution d'un nerf ou d'une racine, l'abolition du réflexe rotulien (2), l'incontinence des matières fécales.

---

(1) Borel a toutefois signalé son abolition dans un cas : le fait a besoin d'être vérifié.

(2) Il faut toujours juger de l'état d'un réflexe rotulien par com-

A côté de ces symptômes il en est d'autres qui, assurément, ont été nettement observés mais qui sont néanmoins très rares dans l'hystérie. Tels sont : l'hémianopsie, l'ophtalmoplégie interne isolée, le nystagmus, les troubles de la parole analogues à ceux de la paralysie labio-glosso-laryngée, la scansion type, l'incontinence persistante de l'urine, les hémorrhagies, les ulcérations, la fièvre.

Inversement, il est des caractères que l'hystérie est, semble-t-il, la seule à imprimer à ses manifestations : Si notre symptôme se modifie et surtout disparaît par la suggestion, dans la distraction, dans le sommeil hypnotique, sous l'influence d'une impression psychique ou de l'application d'un métal aimanté, s'il s'atténue ou s'exagère par la compression d'une zône hystérogène, on doit le rattacher à l'hystérie. Inutile de dire que le mode de début sous l'influence d'un traumatisme moral ou physique insignifiant plaide déjà en faveur de cette hypothèse.

Cet examen du symptôme, comme nous aurons l'occasion de le redire souvent au cours cette étude, qui a du reste en partie ce point là pour objet, devra être pratiqué systématiquement et avec le plus grand soin, que le sujet présente ou non les stigmates de l'hystérie. Il ne faut jamais en effet perdre de vue la possibilité d'une association névroso-organique ou même névroso-névrosique, telle que l'hystéro-épilepsie. De ce qu'un sujet est un hystérique, de ce que tels symptômes présentés par lui relèvent de l'hystérie, il ne s'en suit pas que tous doivent dépendre de la grande névrose. On sait, en effet, avec quelle facilité l'hysté-

---

paraison avec celui du côté sain, car il y a des gens normaux en apparence chez lesquels ce réflexe est très affaibli.— Pour Babinski, *Soc. méd. des Hôp.*, 3 déc. 1903, les réflexes tendineux et pupillaires seraient toujours normaux dans l'hystérie, ce qui est inexact.

rie se laisse diriger par l'affection concomittante et combien ses manifestations aiment à se superposer aux troubles des affections organiques.

On comprend que le rôle du médecin expert devienne dans ces cas là extrêmement délicat, d'autant plus que le sujet s'efforce de voiler la maladie organique dont il est atteint, la syphilis par exemple, ou l'alcoolisme auquel il s'adonne.

L'OEIL HYSTÉRO-TRAUMATIQUE

De toutes les parties de l'organisme, l'œil est sans contredit celle que l'hystérie traumatique comme l'hystérie banale, frappe le plus volontiers (1). D'une façon générale, pouvons-nous dire, l'examen de l'organe oculaire viendra bien souvent, dans les cas difficiles, affermir un diagnostic encore hésitant, en faisant apparaître à nos yeux tel symptôme, marque indubitable de la présence de la « grande névrose » qui, dans certains cas, pourra ne se manifester par ailleurs que sous des dehors énigmatiques ou des formes fallacieuses; car si quelques-unes des manifestations oculaires de l'hystérie lui sont communes avec divers états pathologiques, il en est d'autres qui, par leur nature comme par leur fréquence, méritent d'être mises au nombre de ses stigmates les plus constants et les plus caractéristiques.

Tout neurologue doit se doubler d'un oculiste, a-t-on dit; il le devrait surtout lorsqu'il s'agit d'une hystérie.

---

(1) Chalupecky, au IIIe Congrès de médecine et des naturalistes tchèques, tenu à Prague en 1901, insiste sur la fréquence des troubles oculaires survenus à la suite de traumatismes. On les considérait jadis comme des phénomènes sympathiques, tandis qu'ils sont, en réalité, pour la plupart tout au moins, des symptômes de la névrose ou de l'hystérie traumatique. — Voir Gorecki, les accidents du travail concernant l'appareil de la vision au point de vue médico-légal. *Thèse*, Paris, 1901.

C'est pourquoi je vais indiquer les manifestations oculaires de l'hystéro-traumatisme et insister sur celles qui me paraîtront les plus importantes.

Amblyopie. — Parmi elles, et en tête, je dois placer l'amblyopie. Très rarement complète, elle frappe la périphérie de la rétine, anesthésiée (1) suivant le même mode pathogénique que le revêtement cutané ou muqueux, produisant ainsi *un rétrécissement du champ* visuel unilatéral ou bilatéral, accompagné le plus souvent d'une *dyschromatopsie spéciale* et à peu près caractéristique.

1° *Rétrécissement du champ visuel* (2). — En général régulièrement concentrique, le rétrécissement du champ visuel serait cependant plus accentué du côté temporal dans les cas légers et du côté nasal dans les cas graves. On doit le prendre rapidement, car sous l'influence de la fatigue il diminue d'étendue (3) présentant ainsi dans le temps des variations susceptibles d'étonner un esprit non prévenu. Fœrster, en 1877, et depuis lors Wilbrand et surtout Kœnig (4), ont

(1) Reuss assigne comme limites au champ visuel normal pour un index de un centimètre de côté : pour le blanc 80.90 temporal et 63.53 nasal, pour le rouge 72.40 t. et 50.18 n., pour le bleu 78.50 t. et 52.23 n., pour le vert 60.20 t. et 40.15 n. Ces chiffres sont trop absolus.

(2) D'après Dana, *American J. of. med. sciences*, oct. 1890, l'anesthésie de la rétine serait la plus fréquente des anesthésies hystériques.

(3) Cette fatigabilité est telle parfois que le rétrécissement, augmentant pour chaque nouveau méridien, est figuré non plus par un cercle mais une spirale, fait que l'on n'observe pas en dehors de la neurasthénie.

(4) *Soc. de Psych. et de Mal. nerv. de Berlin*; 13 juin, 1892.

insisté sur la *fatigabilité* (1) du champ visuel dans des névroses traumatiques (hystérie ou neurasthénie). Wilbrand, notamment, a trouvé que la quotité de fatigue est plus considérable au début de l'examen, qu'elle apparaît plus tôt du côté temporal que du côté nasal, qu'il est même des cas où elle se limite au plan temporal et, enfin, qu'il existe un *champ visuel oscillant*. « En pareille circonstance, l'objet à examiner disparaît sur une certaine étendue du chemin qu'il parcourt pour reparaître plus loin, et ainsi de suite ; en d'autres termes, il y a une série de scotomes inégaux et irréguliers. Leur nombre est inversement proportionnel à la rapidité d'excursion du curseur. Ce champ visuel oscillant peut affecter une forme chronique. » Les crises convulsives amènent une augmentation momentanée du degré du rétrécissement. La contraction de l'accommodation agit de même. L'observateur doit le savoir et se garder de la provoquer en faisant fixer absolument au sujet l'index fixe du périmètre, généralement trop rapproché. Cet index central devrait simplement indiquer au patient la direction à faire suivre à son regard, perdu au loin. L'expert doit ainsi mentionner sa méthode, comme il doit indiquer le diamètre du périmètre employé, la taille de l'index (2), sa coloration exacte, le sens dans lequel on le déplace, du côté temporal vers le côté nasal ou réciproquement (3), toutes choses capables de modifier les résultats.

---

(1) Fatigabilité qui se trouve aussi chez les gens normaux, mais à un degré bien moins marqué.

(2) Voir Hummelsheim : de l'importance de la dimension des objets sur l'étendue du champ visuel. *Ann. d'ocul.*, février 1903, p. 139.

(3) Fœrster : Mesure du champ visuel dans l'anesthésie de la rétine; *Soc. Opht. d'Heidelberg*; 1871.

Le rétrécissement du champ visuel pour le blanc n'est pas spécial aux névroses traumatiques, hystérie ou neurasthénie ; outre que la fatigue le produit, Kœnig l'a trouvé, muni des qualités sus-indiquées, dans l'alcoolisme chronique qui, d'ordinaire cependant, se borne à faire du scotome central ; dans l'aliénation mentale simple, la démence paralytique, les affections organiques du cerveau. On l'observe dans certains cas de syringomyélie, de tumeur cérébrale sans névrite et dans les méningites étendues de la convexité. Il existe, en outre, quelquefois dans l'épilepsie non seulement après la crise mais encore à l'état permanent (1), et comme le mal comitial (2) ne se manifeste, en dehors de ses paroxysmes, par aucun signe pathognomonique, l'expert devra toujours avoir cette cause d'erreur présente à l'esprit. Il est bien d'autres affections qui comptent au nombre de leurs symptômes le rétrécissement du champ visuel, mais ce dernier revêt alors des caractères distinctifs. Il est à encoches dans le tabes et irrégulièrement concentrique dans la sclérose en plaques (voir le *Champ visuel dans les affections nerveuses fonctionnelles*, par Reuss, Deuticke édit., Leipzig, 1902, et *An. d'ocul.*, 1902, II, p. 313).

2° *Amaurose*. — L'étendue du rétrécissement est plus ou moins prononcée, suivant les cas. Elle peut l'être beaucoup, au point même de ne laisser persister que la vision centrale, qui peut disparaître à son tour (3). La cécité hystéro-trau-

---

(1) Oppenheim et Thomsen, *Arch. für Psych.*, 1884. — Hitier, *Thèse*, Paris, 1886 : de l'amblyopie liée à l'hémianesthésie.

(2) Voir Simek, Troubles oculaires dans l'Hystérie : contribution à l'étude de son diagnostic avec l'épilepsie, *Casopis ceskych lekaru*, Praha, 1900.

(3) Voir, à propos de l'amaurose et de l'amblyopie hystériques

matique est rare mais existe cependant. Monoculaire le plus souvent, elle peut débuter brusquement ou n'apparaître que lentement, par suite du progrès ininterrompu du rétrécissement concentrique. Cette amaurose, comme l'amblyopie du reste, « est bien d'origine psychique car on peut, par des subterfuges, des prismes, des verres colorés, faire récupérer inconsciemment la fonction visuelle simple ou colorée » (Truc et Valude : *Nouveaux éléments d'ophtalmologie*, t. II, p. 376). Elle disparaît dans la vision binoculaire (1). En effet, le sujet se trompe à la boîte de Flees, il apprécie les reliefs au stéréoscope, il voit double si l'on empêche la convergence harmonique des deux axes visuels soit à l'aide d'un prisme, soit en déviant un globe oculaire par une pression digitale légère, appliquée à un point de sa surface. L'hystérique est, en somme, un subconscient car, pour si intense que soit son

---

Hocken, *Schmidt's Jahrbuecher*; 1844. — Landouzy, *Traité complet de l'Hystérie*; 1846. — Briquet, *Traité de l'Hystérie*; 1859. — De Græfe, *Zehenders' Klin. Monatsbl. f. Augenh.*; 1865. — Schweiger, *Verg. Handbuch des Augenheilkunde*; 1871.— Steffan, de l'anesthésie de la rétine, *Soc. Opht. d'Heidelberg*; 1873. — Fœrster, *Handbuch der gesammten Augenheilkunde*, VII, p. 143. — Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*; 1868. — Leber, Amblyopie hystérique, *Arch. f. Opht.*; 1869. — Landolt, *Arch. de Physiol. norm. et pathol.*; 1875. — Hortsmann, *Deutsche med. Wochens.*; 1885. — Wilbrand, *Archiv. f. Augeng.*, XII; 1893. — Franck-Hochwart et Topolanski, *Beitrage zur Augenh.*, XI; 1893. — Gilles de la Tourette, *Traité de l'Hystérie*, p. 321; 1891. — Pansier, *Thèse*; Montpellier, 1892. — Parinaud, *Ann. d'ocul.*; mai-juin 1886 et juillet 1900. — Ayres, *Am. j. of. Opht.*, p. 335; 1893. — Strzeminski, *Ann. d'ocul.*, p. 302; avril 1903.

(1) Certains croient, dans ce cas, à de la simulation. « Les malades qui ont un œil prétendu aveugle mais qui ont conservé la vision binoculaire sont probablement des imposteurs »; (Gunn, Robert-Marcus London). — Voir *Ann. d'Ocul.*, 1902, II, p. 455.

rétrécissement du champ visuel, il se comporte dans la rue comme un individu normal (1). *Il perçoit les impressions lumineuses, mais il n'en a pas conscience* (2). C'est un simulateur qui ne ment pas (3).

Cette amaurose persiste en général longtemps, plus de huit ans, par exemple dans le cas suivant, de Kron (4) :

« Disparition complète de la vision monoculaire gauche, chez une téléphoniste qui avait reçu une décharge électrique pendant qu'elle tenait le récepteur appuyé sur l'oreille gauche. Disparition également de l'ouie du même côté. Pas la moindre altération du fond de l'œil. Persistance depuis plus de huit ans. Diagnostic justifié par l'intégrité du fonctionnement de l'œil gauche dans la vision binoculaire, intégrité constatée au moyen du prisme et du stéréoscope. »

Parinaud (5), Baguis (6), entre autres, en ont publié d'autres cas.

---

(1) Dans les affections organiques il n'en est pas de même. Dans la rétinite pigmentaire, par exemple, la vision centrale peut être très bonne avec un champ visuel très rétréci, et cependant le malade se dirige mal parce que sa vue n'embrasse qu'un très petit nombre d'objets et que les obstacles placés latéralement lui échappent.

(2) Voir, à propos de l'amblyopie et de l'amaurose hystérique : Bernheim, *Revue de l'Hypnotisme* ; 1886. — Pitres, *Leçons cliniques sur l'Hystérie* ; Paris, 1881. — Janet, *Arch. de Neurol.*; 1892. — Franck-Hochwart, des anesthésies cérébrales, *Soc. imp. des médecins de Vienne*; février 1893.

(3) *D'une façon générale, l'abolition des mouvements volontaires conscients contrastant avec la conservation des mouvements subconscients et automatiques est regardée aujourd'hui comme un des caractères essentiels de l'hystérie.* Nous aurons, dans le cours de cette étude, maintes fois l'occasion de revenir sur ce point.

(4) *Neurol. Centrabl.*, pp. 584, 649 ; 1902.

(5) *Soc. d'Opht. de Paris* ; juin, 1889.

(6) *Annali di Ottalm.*, XXII, p. 12 ; 1893.

3° *Hémianopsie.* – L'hémianopsie hystéro-traumatique est absolument exceptionnelle (1) « si tant est qu'elle existe (Truc) ». Dans les rares cas signalés, il y avait le plus souvent, en effet, association d'hystérie et de neurasthénie (2). L'étude des phénomènes concommittants et de l'évolution, la constatation dans les limites du champ visuel conservé d'un certain degré de variabilité, absente chez l'organique, permettront d'arriver au diagnostic.

L'hémianopsie frappant la moitié supérieure ou inférieure du champ visuel, l'hémianopsie en cadran, n'ont jamais été signalées dans l'hystérie.

4° *Dyschromatopsie.* — La dyschromatopsie, caractérisée par *une inversion spéciale du champ des couleurs* (3) *où le champ visuel du rouge est plus étendu que celui du vert et du bleu*, parfois même que celui du blanc, constitue un stigmate *certain* de la névrose. Le rétrécissement du champ des couleurs, quoique bon symptôme hystérique, ne saurait avoir à lui seul une grande importance, à cause des différences observées à l'état normal et qui dépendent de l'éclairage et des échantillons employés. La persistance de la vision centrale du rouge, après la presque disparition de celle du vert

---

(1) Niée par bien des auteurs : Gilles de la Tourette, *op. cit.*, p. 373 ; Freud, *Club méd. de Vienne* ; 24 mai 1893, etc., elle est admise par certains, tels que Sturge, Galezowski, Wesphal, Borel, Janet *Presse Méd.*, 24 oct. 1899, Kœnig, Syndromes oculaires hystériques simulateurs d'affections organiques, *Ann. d'Ocul.*, p. 368 ; 1901.

(2) Badal, Hémianopsie consécutive à un accident de chemin de fer, *Gaz. Méd. de Bordeaux*, N° 16 ; 1893. — Déjerine et Vialet, *Soc. de Biol.* ; juin-juillet 1894.

(3) Dans l'état normal, les cercles qui limitent les différentes couleurs sont disposés dans l'ordre suivant, en allant de la périphérie vers le centre : blanc, bleu, jaune, rouge, vert, violet.

et du bleu, cause, dit-on, de la prédilection, depuis longtemps signalée, des hystériques pour cette couleur, différencie notre dyschromatopsie de celle observée dans l'alcoolisme, le tabes, la sclérose en plaques, la choroïdite syphilitique, les lésions du nerf optique, etc., où la couleur rouge disparaît des premières et où la couleur bleue persiste la dernière.

5° *Erythropsie* (1). — Cette prédilection pour le rouge va parfois jusqu'à l'érythropsie qui, pour Borel, serait fréquente dans les hystéro-traumatismes et pourrait même constituer une forme monosymptomatique. Erythropsie différente probablement comme pathogénie, mais symptomatiquement à peu près semblable à celle qu'éprouvent les gens normaux lorsque, les yeux nus, ils déambulent sur un glacier ou un champ de neige ensoleillés.

6° *Achromatopsie*. — L'achromatopsie peut exister pour une ou plusieurs couleurs ; elle disparaît dans la vision binoculaire. De plus, Grasset et Regnard ont constaté « qu'un malade atteint de cécité pour une couleur, voit cependant du blanc lorsqu'on mélange cette couleur avec sa complémentaire sur le disque de Newton ».

7° *Photophobie*. — La photophobie fait partie de certains hystéro-traumatismes oculaires, elle s'accompagne souvent de blépharospasme et quelquefois de nystagmus.

8° *Signe oculaire de Mendelsohn*. — Mendelsonh (2) a signalé au XIIIe Congrès international de Médecine, à la sec-

---

(1) Voir, pour la bibliographie de l'érythropsie, Borel, *Ann. d'ocul.*, p. 267 ; 1900.

(2) Voir l'étude sur la perceptibilité différentielle faite par Mendelsohn et Muller-Lyer dans les *Arch. de Neurol.*, pp. 47 et 354 notamment ; 1887.

tion de Neurologie, à propos du diagnostic différentiel entre l'hémiplégie organique et l'hémiplégie névrosique le signe diagnostique suivant, tiré de l'examen oculaire : « Dans l'hystérie, la perceptibilité différentielle est plus troublée que l'acuité visuelle. Dans l'amblyopie organique par lésion siégeant entre la rétine et les centres visuels corticaux, on observe exactement l'inverse. Sous la dénomination de « perceptibilité différentielle » on entend la faculté de percevoir des différences entre deux excitants de même nature. On dit que la perceptibilité différentielle est de 1/100 lorsque à un excitant donné on doit ajouter une quantité égale à la centième partie de cet excitant pour que le sujet éprouve la sensation d'accroissement dans la dose de l'excitant. Sous la dénomination d'acuité visuelle on entend simplement la faculté de voir. Cette acuité visuelle trouve sa mesure dans la grandeur du plus petit angle sous lequel l'œil peut distinguer un objet donné. Tout ce qui se rapporte à la grandeur de l'angle, c'est-à-dire à l'étendue de l'image rétinienne, se rapporte à l'acuité visuelle.

Troubles de l'appareil moteur-oculaire (1). — Cette amblyopie que nous venons de décrire, cette anesthésie hystérique de la rétine, comme disent Norris et Oliver dans leur excellent article (2), s'accompagne fréquemment d'une contracture de l'accommodation qui intervient un peu dans la production du rétrécissement et dont nous allons maintenant parler à propos des troubles moteurs qui, à divers degrés,

(1) Seraient presque toujours, d'après Parinaud et Borel, sous la dépendance de la diathèse de contracture. Il s'agirait le plus souvent non de paralysie mais de spasme des antagonistes. Ces troubles peuvent être les premiers de la névrose et même longtemps les seuls.

(2) *System of Diseases of the Eye*, tome IV.

peuvent atteindre les muscles oculaires d'un seul ou des deux côtés.

1° *Troubles de l'accommodation.* — Très fréquents, les troubles de l'accommodation peuvent exister seuls et constituer une forme de névrose monosymptomatique, ou se trouver plus ou moins masqués par d'autres symptômes de la névrose. Ils traduisent au dehors l'état de parésie ou de spasme du muscle ciliaire, et souvent ces deux états à la fois. Ils nous apparaissent comme l'expression de deux diathèses que nous rencontrerons fréquemment au cours de notre étude, la *diathèse amyosthénique* et la *diathèse de contracture*, la seconde bien plus fréquente que la première dans l'hystérie.

Dans la paralysie, le punctum proximum tend à rejoindre le punctum remotum, comme on l'observe à la suite de la paralysie de la III[e] paire ou d'une instillation d'atropine. L'œil se comporte comme s'il était presbyte.

Dans la contracture (1), au contraire, le remotum s'avance vers le proximum comme on l'observe après une instillation d'ésérine faite en quantité suffisante. On se trouve en présence d'un syndrome « Myopie spasmodique » que l'on distingue des myopies organiques par l'examen à l'image droite et par l'amélioration par les verres, dit Parinaud.

Le plus souvent, il y a une combinaison de spasme et de paralysie provoquant une insuffisance de l'accommodation, le premier pour la vision des objets éloignés, le deuxième pour celle des objets rapprochés. « Lorsqu'un sujet primitivement emmétrope, dit Parinaud, est obligé d'éloigner les fins caractères au-delà de 15-20 centimètres pour les voir distincte-

(1) Leber, dans *Arch. f. Ophtalm.*, XXVI, p. 249, rapporte un cas de spasme accommodatif hystéro-traumatique.

ment, lorsqu'un verre de + 1 ou + 1.5 D améliore notablement la vision rapprochée, on peut être à peu certain qu'il est atteint d'un premier degré de contracture hystérique de l'accommodation, si la diphtérie n'est pas en cause ».

Tant que le proximum et le remotum ne sont pas confondus, le sujet jouit d'une certaine amplitude d'accommodation ; mais avec le fusionnement il ne peut voir distinctement qu'à une distance donnée, variable suivant qu'il y a prédominance de paralysie ou de spasme, variable aussi suivant que le malade était auparavant myope, hypermétrope ou presbyte (1).

Les troubles de l'accommodation que nous venons de signaler s'accompagnent souvent de deux symptômes que la contracture tient ordinairement sous sa dépendance : la polyopie monoculaire et la micromégalopsie.

Polyopie monoculaire. — Pour constater la polyopie monoculaire (2) on prend une petite tige que l'on appproche ou

---

(1) Voir, sur les troubles de l'accomodation : Steffan, *Soc. Opht. de Heidelberg* ; 1873. — Chibret, *ibid.*; 1892. — Parinaud, de la polyopie monoculaire dans l'hystérie, *Ann. d'Ocul.*; 1878, 1886, — Paral. et Contr. de la convergence, *Bull. de la Soc. d'Opht. de Paris*, p. 171 ; 1889. — Galezowski. *Progrès Méd.*, p. 39 ; 1878. — Grollman, au Congrès international d'Opht. d'Édimbourg, rapporte un cas d'hystéro-traumatisme où, après une contusion du thorax, survint une paralysie accomodative du côté opposé. — Donath reproduit la paralysie du muscle ciliaire par suggestion, *Wien. méd. Presse*, N° 1 ; 1892.

(2) Voir Parinaud, *Ann. d'Ocul.*, t. LXIX, p. 218 ; 1878. — Panas, Diplopie monoculaire hystéro-traumatique, *Méd. moderne* ; 10 mars 1892. — De Schweinitz, Diplopie monoculaire après un accident de chemin de fer, *Transact. of the Amer. Soc.*, 30th meeting, p. 233. — Barral, Polyopie monoculaire ; *Thèse*, Bordeaux, 1888. — Duret, Diplopie monocul. après commotion cérébrale du centre visuel cortical, *Ann. d'Ocul.* CVI, p. 299; 1891. — Et surtout Roder, Diplopie hystérique, *Zehenders Klinische monatsblatt* ; 1891.

que l'on éloigne progressivement de l'œil en la tenant verticalement devant lui. Il est presque toujours un point où elle est vue correctement. En deçà ou au-delà elle apparaît trouble d'abord, puis double, quelquefois triple. Lorsque la diplopie apparaît en éloignant la tige, on peut rendre la vision normale par l'emploi d'un verre concave approprié. Lorsque c'est entre l'œil et le point de la vision distincte que la diplopie se produit, on la corrige avec un verre convexe. Certains sujets enfin accusent de la polyopie à toutes les distances, sans qu'il soit possible d'y remédier.

Borel et Sahli (1) ont signalé une variété curieuse de diplopie hystérique, la diplopie bicolore. Dans des conditions déterminées, un crayon noir donnera au malade l'impression de deux crayons, l'un rouge, l'autre vert.

La polyopie monoculaire est un bon signe d'hystérie, mais ce n'est pas un signe certain ; on l'a trouvée accompagnant bien des affections organiques : un traumatisme crânien (2), une hémorragie du ventricule latéral, un abcès des lobes pariétal et occipital avec névrite optique et parésie du droit externe (3), le tabes, l'astigmatisme irrégulier cause de polyopie. Enfin, on l'a trouvée précédant l'atrophie papillaire syphilitique chez un homme de 56 ans, avec mydriase, paralysie du droit externe et abolition du réflexe rotulien (4), (5). S'agissait-il alors d'association névroso-organique, ou la polyopie monoculaire était-elle un symptôme de la lésion organique ?

---

(1) *Ann. d'Ocul.*, p. 276 ; avril 1900.

(2) Adams, *Brit. méd. Journ.*, p. 667 ; octobre 1881.

(3) Abercrombie, *Soc. Opht. du Royaume-Uni ;* 1881.

(4) Target, *Brit. méd. J.*, I, p. 1151.

(5) On l'a trouvée encore à la suite d'instillations d'ésérine, d'atropine.

Micromégalopsie. — La micromégalopsie apparaît dans les conditions suivantes : Si on déplace un objet devant l'œil qui en est atteint, l'objet paraît grossir quand il se rapproche et se rapetisser quand il s'éloigne. Il est rare d'observer le phénomène inverse. Ce symptôme, pour Parinaud, serait à peu près constant dans l'amblyopie hystérique.

Astigmatisme. — L'astigmatisme hystérique a été signalé pour la première fois par Borel (1). Depuis on l'a trouvé parmi les syntômes hystéro-traumatiques (2). Dû à la contraction partielle du muscle ciliaire, semble-t-il, il constituerait une des manifestations les plus curieuses de la diathèse de contracture.

Troubles pupillaires. — La mydrase hystéro-traumatique a été signalée quelquefois, surtout par Borel. Elle est mono ou binoculaire, accompagnée ou non de modification des réflexes pupillaires (3) qui peuvent être abolis. Elle peut être associée à d'autres troubles hystéro-traumatiques ou constituer une forme monosymptomatique. Elle apparaît souvent à la suite d'une instillation d'atropine, dont l'effet se prolonge indéfiniment. Borel dans les *Annales d'oculistique* d'avril 1900, p. 265, cite une belle observation de mydriase hystéro-traumatique et Da Fonsaca dans « *Archiro ophtalmo-therapica da Lisboa*, mars-avril 1881, rapporte un cas de mydriase maximale, avec blépharospasme tenace,

---

(1) *Bull. de la Soc. franç. d'Ophl.*, p. 273 ; 1887. — Galezowski, *Semaine méd.*; 13 avril 1892.

(2) On en reconnaît la nature aux symptômes concomittants et à l'évolution capricieuse.

(3) On avait cru jusqu'à présent à l'intégrité des réflexes pupillaires à la lumière dans l'Hystérie.

perte du réflexe lumineux, ayant duré 3 mois et guérie par la métallothérapie.

Le myosis hystéro-traumatique a été également signalé comme épiphénomène dans les troubles oculaires.

Troubles de la convergence. — Borel (1), le premier a signalé l'insuffisance de la convergence comme symptôme d'hystérie banale (2) ou traumatique. Elle est, dit-il, plus fréquente qu'on ne le croit, mais a besoin d'être recherchée (3). C'est souvent elle qui cause cette asthénopie dont se plaignent tant les malades et sur laquelle nous reviendrons (4). Elle peut constituer une forme d'hystérie monosymptomatique ou s'allier à d'autres troubles oculaires ou non. Parmi les troubles oculaires, mentionnons la mydriase et surtout les troubles de l'accommodation. Il y a du reste un rapport très étroit entre ces deux fonctions de convergence et d'accommodation, bien que chacune d'elles ait son centre cortical distinct. Elle est caracterisée par l'insuffisance plus ou moins également prononcée des trois actes qui interviennent dans la fixation à

---

(1) *Arch. d'Opht.*; novembre-décembre 1886 et juillet-août 1887. De Weker et Landolt, *Traité complet d'Ophtalm.*, t. III, p. 923.

(2) Parinaud fait de la contracture de l'accommodation un stigmate d'hystérie, même, dit-il, lorsque cette contraction n'existe qu'à l'état transitoire chez les enfants. (?)

(3) Pour se rendre compte d'une insuffisance de convergence légère il suffit de mesurer au moyen du prisme le degré de force des muscles droits internes qui, normalement, doit être 7, 8 fois supérieur à celui des droits externes. On voit ainsi si le droit interne a la force de neutraliser le prisme de degré voulu. On peut encore apprécier la puissance du muscle en lui faisant explorer le champ de regard ou de fixation. — Plus simplement encore on fait fixer par un œil un objet tout en le cachant à l'autre œil qu'on observe...

(4) Badal et surtout Oppenheim l'avaient parfaitement remarqué.

petite distance : « 1° la convergence, contraction simultanée des droits internes pour que les deux axes visuels se rencontrent au niveau de l'objet fixé, et le fusionnement des deux images ; 2° l'accommodation ; 3° la contraction de la pupille. Les symptômes devant lesquels nous nous trouvons lorsque le tableau est complet sont les suivants : Défaut de convergence des yeux, diplopie croisée (1) persistant dans toute l'étendue du champ de regard, sans modification notable de l'écartement des images, paralysie double de l'accommodation, absence de réflexe pupillaire de l'accommodation (2).

Souvent il y a ici, dit Parinaud, comme pour l'accommodation, une combinaison de paralysie et de spasme qui doit même dominer, et ce qu'on appelle la paralysie de la divergence doit être amenée par la contracture de la convergence. On observe dans ce cas le fusionnement des images en un point avec diplopie croisée en deçà et homonyme au delà, due à l'action de la contracture.

On trouve de l'insuffisance de la convergence dans les intoxications par l'alcool ou la morphine, dans la maladie de Graves-Bassedow, dans la sclérose en plaques, dans le tabes où au début les troubles revêtent des allures passagères et fugaces, dans la neurasthénie et enfin l'hystérie. L'étude des caractères propres au symptôme lui-même, celle des phénomènes concomittants et de l'évolution permettront le plus souvent de poser le diagnostic.

---

(1) Pour la déceler on place un verre rouge devant l'œil qui possède la meilleure acuité visuelle et on fait fixer au malade une fente lumineuse. Il voit immédiatement deux images, l'une normale, l'autre rouge.

(2) L'insuffisance de la convergence peut s'accompagner de celle des élévateurs ou des abaisseurs des globes oculaires, de blépharospasme, etc.

Troubles dans les mouvements associés de direction (1). — Les mouvements des yeux sont toujours des mouvements associés : les uns ont pour but la fixation aux différentes distances, nous venons de nous en occuper ; les autres visent la fixation dans les diverses directions du champ de regard et constituent les mouvements associés de direction, comme les nomme Parinaud. Ce sont les troubles hystéro-traumatiques présentés par ces derniers que nous allons examiner.

Parinaud le premier a signalé la paralysie des mouvements associés volontaires (2) contrastant avec la conservation intégrale des mouvements réflexes et subconscients (3). Dans certains cas, les troubles moteurs prédominent sur un œil. Le sujet dont les yeux sont immobilisés dans une position donnée, qui ne peut, par exemple, regarder à sa gauche pourra, un œil étant couvert, fixer avec l'autre et suivre parfaitement le doigt, librement et dans toutes les directions (4). J'ai vu un malade dont l'œil droit, après avoir reçu un traumatisme

---

(1) Voir Borel, Affections hyst. des muscles de l'œil, *Archiv. d'Opht.*, t. VI, 1886.

(2) Parinaud, *Annales d'Ocul.*, p. 190 ; sept. 1900. — *Soc. d'Oph. de Paris*, octobre 1887, — Babinski, *Soc. méd. des Hôp. de Paris* ; oct.-nov. 1892. — Et plus spécialement Raymond et Kœnig, sur la dissociation des mouvements oculaires, conscients et inconscients, chez les hystériques, *Ann. d'Ocul.*, t. CVI, p. 5.

(3) Rappelons, à ce propos, les expériences de Munck, Horsley, Mott et Schæfer, établissant, pour les mouvements des yeux deux centres corticaux distincts : l'un dans le lobe occipital préposé aux mouvements réflexes, l'autre dans le lobe frontal, tenant sous sa dépendance les mouvements volontaires. On peut donc dire que l'hystérie agit ici en annihilant ce centre momentanément et prêter ainsi aux troubles hystériques des localisations cérébrales.

(4) Adams Frost, *Brit. méd. j.*, 1884 ; et mémoire de Borel, 1886. — Parinaud, *Annales d'Ocul.*, p. 192 ; sept. 1900.

insignifiant, s'était dévié en strabisme interne. Malgré toutes mes sollicitations il demeurait à peu près immobile, ne pouvant se déplacer ni en haut, ni en dehors, à peine un peu en bas. Le malade accusait de la diplopie. L'œil gauche se mouvait très facilement en bas ainsi qu'en dedans, mais à peine en dehors ou en haut. Mais si avec la main on couvrait l'œil droit, tout en ne le perdant pas de vue, et si alors on priait le malade de suivre le doigt avec l'œil gauche, cet œil gauche se mouvait très bien dans toutes les directions du champ du regard, en haut comme en bas, en dehors comme en dedans, et chose curieuse l'œil droit derrière la main qui lui dérobait les mouvements de mon doigt, se mouvait lui aussi dans le même sens que l'œil sain. Le mouvement d'élévation s'accomplissait parfaitement, seul celui de latéralité en dehors était incomplet, la pupille dépassant à peine la ligne médiane. Le malade présentait de nombreux stigmates d'hystérie avec une hémiparésie et une hémanesthésie sensitivo-sensorielle droite, apparues quelques jours après le traumatisme.

La déviation conjuguée (1) et spasmodique peut alterner ou se combiner avec la contracture de la convergence (2), on a dans ce dernier cas du strasbisme convergent avec impossibilité de mouvoir les globes oculaires dans les direction latérales du regard. On peut voir exceptionnellement des contractures monoculaires (3).

A côté de ces spasmes toniques, existent des spasmes cloniques où les deux yeux, au lieu d'être déviés d'une ma-

---

(1) On peut reconnaître sa nature hystérique dans les cas difficiles à ce fait que le chloroforme la fait disparaître plus vite que l'organique.

(2) Morax, *Arch. de Neurol.*, obs. 67 ; 1889.

(3) Parinaud, Spasme et paralysie des muscles de l'œil, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.;* 1877.

nière permanente, exécutent des mouvements incessants qui rendent impossible la fixation d'un objet.

Nystagmus. — C'est le Pr Hirt, de Breslau (1), qui a fourni le premier une observation de nystagmus hystérique, accompagné, en l'espèce, de mydriase et de contracture du carré des lombes gauche. Plus tard, Borel a rapporté une observation de nystagmus hystéro-traumatique consécutif à la pénétration d'un grain de sable dans l'œil. En présence de cas semblables, l'expert devra toujours songer à la possibilité d'une sclérose en plaques, d'une lésion cérébrale atteignant de préférence la région du cervelet, ou même d'une ataxie locomotrice. Comme dans la plupart des cas, la recherche des autres symptômes caractéristiques de ces maladies, l'examen du symptôme lui-même revêtu des apparences que nous avons signalées comme propres à l'hystérie, l'évolution enfin, lui permettront de poser le diagnostic.

Paralysie des 3 paires nerveuses et contracture limitée à un seul muscle. — Parinaud ne croit pas qu'on puisse les rencontrer. « Ces troubles, dit-il, peuvent bien se montrer chez des hystériques mais, assurément, ils ne sont pas de nature hystérique. » Il faut, évidemment, toujours envisager la possibilité d'une association névroso-organique et se garder de conclure trop vite à la nature hystérique de tous les troubles observés (2). Blocq et Onanoff, en effet, ont publié une

(1) Zur Symptom. und Thérap. der Hyst., *Deutsch. méd. Wochens.*, N° 30; 1887. — Voir également l'observation de Pitres et Sabrazès, *Semaine méd.*; 20 sept. 1894.

(2) On a cependant signalé des cas en apparence très probants : Debove, par exemple, rapporte à la *Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*, le 12 décembre 1890, un double strabisme externe hystéro-traumatique par paralysie des deux moteurs oculaires communs.

observation (1) où la lésion organique, bien difficile à supposer, fut démontrée par l'autopsie. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un hystéro-traumatisme, nous allons la résumer :

Sujet atteint d'une paralysie des deux IIIe paires déterminant un double strabisme externe. Paralysie symétrique déterminant l'abolition complète de l'adduction, de l'élévation et de l'abaissement, respectant le relèvement de la paupière et la pupille. — Double rétrécissement du champ visuel, sans lésion du fond de l'œil, troubles hystériques évidents. L'autopsie a montré l'existence d'une dégénérescence très prononcée des nerfs de la IIIe paire liée à l'existence d'un tabes supérieur.

Mais, par contre, il en est aussi qui prétendent que l'hystérie peut pénétrer partout, et Rœder dit, dans « *Klin. Monatsbl. f. Augenh.* pag. 361. 1894 », que la paralysie de tous les muscles de l'œil extrinsèques et intrinsèques peut accompagner la diplopie monoculaire.

Strabisme. — Caractérisé par la déviation anormale du globe de l'œil, par l'absence de paralysie musculaire (2), par la perte de la vision binoculaire avec absence ordinaire de

(1) Sur un cas d'association tabéto-hystérique suivi d'autopsie, *Arch. de méd. expérim.*; 1er mai 1892.

(2) Dont on se rend compte par la constatation de l'égalité des déviations primitives et secondaires : pendant que le malade fixe avec l'œil sain un objet, on place brusquement la main au devant de cet œil de façon à intercepter le passage des rayons lumineux tout en pouvant observer ses mouvements. L'œil strabique se redresse aussitôt pour fixer l'objet, tandis que l'œil sain se dévie d'une quantité égale à la déviation présentée primitivement par l'œil malade.

diplopie (1), le strabisme hystéro-traumatique signalé par Borel (2), est le plus souvent paroxystique et transitoire. Dans les cas où on rencontre un strabisme persistant, il faut se méfier et chercher avant tout s'il ne serait pas sous la dépendance de quelque altération organique, telle que l'hypermétropie, la myopie, l'amblyopie, etc... Le strabisme hystéro-traumatique est reconnu à son mode d'apparition tardive le plus souvent, à l'absence des causes ordinaires d'amétropie, à l'épreuve du champ de fixation, et enfin à l'anesthésie chloroformique qui le fait disparaître et permet de le distinguer du strabisme paralytique et du strabisme concomitant (3).

Asthénopie. — L'asthénopie siège fréquemment dans le cadre symptomatique de la névrose que nous étudions. Nous l'avons, pour notre part, rencontrée surtout dans les neurasthénies traumatiques de moyenne intensité (4). Elle siégeait au premier plan et attirait d'emblée l'attention. Dans l'hystérie, elle est presque toujours liée, nous dit Parinaud, à des troubles de l'accommodation et de la convergence, quelque-

---

(1) On peut faire apparaître la diplopie par le procédé du verre rouge déjà indiqué. Déjerine, au contraire, croit la diplopie fréquente.

(2) L'œil strabique par moment se détendait comme un ressort et récupérait sa mobilité.

(3) Pour Déjerine, le strabisme hystéro-traumatique s'accompagnerait de clignements, de contractions fibrillaires de l'orbiculaire, de douleurs au niveau de l'arcade sourcilière, d'hyperesthésie rétinienne ou de kopiopie franche. — Hitzig, dans un cas d'hystéro-traumatisme a observé une rotation intense des deux yeux en bas et en dedans; le strabisme peut donc être double.

(4) C'était l'asthénopie non douloureuse, car l'asthénopie douloureuse accompagne les neurasthénies graves et constitue elle-même, si nous en croyons Weir-Mitchell, un signe pronostique fâcheux.

fois même à de la photophobie et, suivant que tel ou tel prédomine, apparaît une symptomatologie un peu particulière. En général, ce sont ceux de l'accommodation qui occupent la scène ; le sujet se plaint alors d'un obscurcissement de la vision à courte distance, se manifestant dès qu'il essaie d'appliquer sa vue à un travail délicat, la lecture par exemple. A un degré plus accentué, il accuse une douleur sus-orbitaire et une sensation de cuisson ou de gravier dans les yeux sans que ceux-ci présentent la moindre trace de conjonctivite.

En présence d'une telle symptomatologie, le médecin doit toujours songer, surtout chez les jeunes sujets, à la possibilité d'une hypermétropie, cause fréquente d'asthénopie accommodative. Dans ce cas, l'obscurcissement de la vue n'apparaît que longtemps après le début du travail, 20, 30, 40 minutes, plusieurs heures même, et est guéri par les verres.

S'agit-il de troubles de la convergence ? Aux symptômes précédents viennent se joindre le dédoublement des lettres et une sensation particulière de tiraillement, quelquefois même, dans les cas très marqués, apparaît un véritable état vertigineux avec ou sans nausées.

Il est des cas où les phénomènes douloureux sus et périorbitaires, attirent seuls l'attention. On pourrait songer à une névralgie partielle du trijumeau ; mais la douleur n'est pas exagérée par la pression et elle augmente, au contraire, sous l'effet des efforts d'accommodation, des insomnies, des émotions, etc.

« A ces douleurs, dit Parinaud, vient souvent se joindre une photophobie parfois très intense, avec contracture de l'accommodation et blépharospasme.

Blépharospasme. — Souvent accompagné d'anesthésie des

paupières, comme l'a indiqué Gilles de la Tourette, d'épiphora et de douleurs périoculaires spontanées, exacerbées ou provoquées par le moindre contact, le blépharospasme se présente à nous sous des aspects divers : tonique ou clonique, intense ou léger, monoculaire ou binoculaire. Dans la forme tonique, l'orbiculaire est violemment contracturé. Parvient-on à écarter de force les paupières, on aperçoit le globe oculaire convulsivement déplacé dans telle ou telle direction, généralement sous l'influence d'une photophobie intense. Il nous paraît bien difficile alors de savoir s'il existe de la contracture de l'accomodation ou de l'amaurose, comme certains l'ont prétendu. Il semble, par contre, que les muscles du globe oculaire participent toujours plus ou moins à la contracture, à tel point que, le blépharospasme guéri, le sujet peut accuser de la diplopie. Dans certains cas, il est si peu prononcé qu'on se croirait volontiers en présence d'une paralysie du releveur. La paupière, en effet, est tombante sans plissement de la peau et le muscle frontal se contracte énergiquement lorsqu'on donne au malade l'ordre d'ouvrir les yeux. Il suffit, pour éviter l'erreur, de rechercher et de constater une partie des symptômes suivants : contractions plus ou moins perceptibles de l'orbiculaire ; photophobie légère ; *abaissement actif du sourcil* (Charcot) (1); possibilité pour le malade d'ouvrir l'œil dans l'obscurité, lorsqu'il est fortement distrait ou à l'occasion de certains mouvements (2); larmoiement souvent léger mais aussi, quelquefois, très prononcé ; amblyopie plus ou moins accusée ; *insensibilité palpébro-conjonctivale* (Gilles de la Tourette), et, enfin, si on

---

(1) Contrairement à ce qu'on observe dans le ptosis paralytique où le sourcil du côté malade est plus élevé que celui du côté sain.

(2) Bardonnet. *Thèse*; Lyon, 1894.

relève la paupière, on la voit tomber plus lourdement que dans le ptosis paralytique.

Si le diagnostic de blépharospasme est, comme nous le voyons, facile, il est souvent malaisé d'en découvrir la nature. La moindre anomalie siégeant dans la sphère du trijumeau, une dent cariée, une cicatrice vicieuse, etc., peut suffire à le produire et le trauma léger qui a frappé la paupière n'avoir d'autre valeur que celle d'un phénomène coïncidant. D'autres fois, le traumatisme sera bien la cause occasionnelle du blépharospasme, mais comme il aura porté sur une région éloignée des paupières, sur les apophyses épineuses des vertèbres cervicales, par exemple, l'expert éprouvera une certaine répugnance à l'incriminer. Voici un ouvrier atteint d'une très légère kérato-conjonctivite phlycténulaire droite, il y a naturellement de la photophobie ; survient un traumatisme oculaire ou périoculaire insigifiant, semble-t-il ; peu après, le bléraphospasme apparaît plus violent et persiste, alors que la kérato-conjonctivite est guérie. L'expert, dans ce cas, doit-il incriminer le trauma, cause possible du blépharospasme ou d'une aggravation de la maladie oculaire, ou bien faire dépendre le trouble en question de toute autre autre cause susceptible de le provoquer : une sténose légère, une lésion irritative du canal lacrymal, par exemple, secondaire à la kérato-conjonctivite ? M. le Pr Truc, alors que nous avions le bonheur d'être son externe, nous a dit avoir guéri un blépharospasme sans lésion oculaire apparente, devant lequel avaient échoué la science de plusieurs médecins et l'art des guérisseurs, par le simple cathétérisme pratiqué sous l'anesthésie d'un canal lacrymal légèrement sténosé.

Le diagnostic de blépharospasme hystéro-traumatique peut être fort difficile lorsque ce dernier constitue l'unique manifestation d'une névrose qui ne se démasquera que long-

temps après, comme dans le cas suivant, de Lassègue (1) :

« Une jeune fille ayant reçu quelques grains de sable dans l'œil eut une conjonctivite insignifiante, à laquelle succéda une contracture des paupières qui se prolongea pendant des mois, alors que toute trace de conjonctivite avait disparu. Toutes les médications furent inutiles ; puis, une nuit, la contracture disparut subitement et définitivement. Plus tard seulement arrivèrent des accidents hystériques typiques. »

La forme clonique se manifeste par un clignotement plus ou moins fréquent, de la nature des tics. Elle peut être simple ou douloureuse, parfois tenace. Ce clignotement existe fréquemment en dehors de l'hystérie, nous n'y insisterons pas.

On peut observer ici, comme dans les troubles de l'accommodation, de curieux mélanges de paralysie et de spasme. Le malade ne peut ni relever la paupière ni fermer l'œil complètement. On se croirait volontiers en présence d'une paralysie de l'orbiculaire et du releveur, erreur évitable par un examen attentif

Généralisation de la contracture à des muscles extraoculaires. — La diathèse de contracture peut, après s'être manifestée au niveau de l'organe de la vision, atteindre l'un ou l'autre des muscles de l'économie, soit à la face où elle produira, par exemple, un spasme glosso-labié, soit ailleurs, au niveau d'un carré des lombes ou d'un pied qu'elle met en équinisme.

Troubles de la sensibilité. — L'anesthésie ou l'hypoesthésie peut, si je puis m'exprimer ainsi, frapper n'importe

---

(1) Lasègue, des Hystéries périphériques, *Arch. gén. de méd.*; juin 1878.

laquelle des régions oculaires, en tout ou en partie ; on a observé, par exemple, l'hémianesthésie d'une cornée. Elles siègent volontiers du côté gauche et se superposent souvent aux autres troubles oculaires. Le sens musculaire est quelquefois perdu, comme l'a dit Borel dans les *Archives d'ophtalmologie* de janvier 1887.

L'hyperesthésie est plus rare et s'accompagne souvent de blépharospasme. Il en est de même des zônes hystérogènes, spasmogènes ou spasmofrénatrices qui peuvent siéger partout, sur les paupières, la cornée ou la conjonctive comme au niveau des voies lacrymales ou de la rétine.

Malgré l'existence de troubles de la sensibilité, d'anesthésie notamment, le réflexe lacrymal, et d'après Pitre *tous les réflexes vaso-moteurs*, sont conservés.

Troubles sécrétoires et vaso-moteurs (1). — Le larmoiement hystéro-traumatique accompagne parfois, à titre d'épiphénomène, divers troubles oculaires, le blépharospasme en particulier. Il peut aussi, « joint à une hémihyperhidrose faciale, constituer une forme d'hystérie monosymptômatique » (2). C'est, ainsi compris, un trouble exceptionnel (3). L'expert ne doit l'admettre qu'avec beaucoup de réserve et après s'être soigneusement rendu compte qu'il n'existe pas une affection oculaire organique, un miniscule corps étranger insoupçonné, une ataxie locomotrice (4), ou l'un de ces

---

(1) La diathèse vasomotrice peut aller jusqu'à produire des troubles circulatoires de la rétine.

(2) Borel, *Congrès de Rome*, 1891.

(3) Voir Hocken, *Schmidts Jahrbücher*, p. 246 ; août 1844. — Armingaud, cité par Axenfeld dans le *Traité des névroses* ; 1883. — Lannelongue, article larmoiement dans le *Diction. Dechambre* ; et Borel, *Ann. d'Ocul.*, p. 32 ; janvier 1900,

(4) Petrolacci, de l'épiphora ataxique, *Thèse* de Montpellier ; 1886.

phénomènes irritatifs (1), cicatrices vicieuses, dents cariées, vers intestinaux, corps étrangers de n'importe où, etc... qui ont la réputation de tenir sous leur dépendance une foule d'actions réflexes (2).

On a signalé inversement la diminution de la sécrétion lacrymale (3) entraînant la sècheresse de la conjonctive, un des symptômes les plus gênants de la kopiopie hystérique de Fœrster. Mais rien ne m'autorise à admettre que cette diminution soit allée jusqu'à l'arrêt complet de la sécrétion lacrymale, et je ne connais pas d'exemple probant de xérophtalmie névroso-traumatique rappelant la xérophtalmie qu'on observe parfois dans la paralysie des nerfs vaso-moteurs de la glande lacrymale ou à la suite de certaines maladies infectieuses.

Association hystéro-organiques ou hystéro-névrosiques. — Les symptômes oculaires de l'hystérie traumatique se rencontrent parfois dans certaines affections organiques ou névrosiques : dans la sclérose en plaques, le tabes, la maladie de Friedreich, la syringomyélie, la paralysie générale, la chorée, la maladie de Bassedow (ou de Graves), la syphilis, les intoxications par l'alcool ou la morphine, les lésions traumatiques, l'épilepsie, la neurasthénie.

Outre les indications bibliographiques données chemin faisant, signalons encore comme utiles à consulter :

Féré, sur quelques phénomènes oculo-pupillaires observés

(1) Nuel, *Traité d'Opht. de Wecker et Landolt*, p. 699 ; 1887.

(2) Knies, *Beziehungen der Erkrankungen des sehorganes*, etc.; Wiesbaden, 1893.

(3) Voir Eulenburg et Arndt, *Encyclopédie d'Eulenburg*, t. X, p. 198.

du côté de l'œil chez les hystéro-épileptiques en dehors de l'attaque ou pendant l'attaque, *Soc. de Biol.*, 1881, et *Arch. de Neurol.* t. III, pag. 281 ; — Ballet, de l'ophtalmoplégie externe dans l'hystérie et le goître exophtalmique, *Rev. de méd.*, 1888 ; — Debove, paralysie des deux nerfs moteurs oculaires communs d'origine hystéro-traumatique, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 948 ; — Charcot, parallèle des troubles oculaires dans l'ataxie, la sclérose en plaques et l'hystérie, *Semaine méd.*, 1891, pag. 53 ; — Schmidt-Rimpler, *An. d'ocul.*, 1892 t. CVIII, pag. 461 ; — Truc, œil médico-légal, *Montpellier médical*, 1892, pag. 857 ; — Weis, paralysie hystérique des muscles de l'œil, *Rev. neur.*, 1900, pag. 1158 ; — Évans, ocular traumatic hystéria, *Birmingh. méd. Rec.*, 1900. XLVIII, pp. 221-224 ; — Ginestous et Formel, de l'amblyopie hystérique et simulation, *Gaz. hebd. de la Soc. méd. de Bordeaux*, 1900, t. XXI, p. 237 ; — Mariani, diagnostic des amauroses organiques et hystériques, *Bull. des sciences méd.*, *Bologne*, déc. 1901, pag. 597 ; — de Lapersonne, examen des yeux au point de vue médico-légal, *Presse méd.* déc. 1902, — les troubles fonctionnels de l'œil et leur simulation, *An. d'ocul*, 1902, pag. 455 ; — Hugh, de l'évaluation de l'indemnité dans la diminution de l'acuité visuelle, *An. d'ocul.*, II, 1902, pag. 67 ; — Tables, pour démasquer la simulation de l'amblyopie, *An. d'ocul.*, 1902, pag. 240 ; — Dupuy-Dutemps, deux cas de cécité hystéro-traumatique, *Bull. et mém. de la Soc. Franç. d'opht.*, 1902 ; Braunstein, sur la diminution de la capacité de travail après les traumas de l'œil, *Vratch russe*, 1902, n° 50 ; — Greef, le champ visuel des hystériques n'augmente pas d'étendue à mesure que l'œil s'éloigne du périmètre, *Berlinerklin. Wochens.*, 26 mai 1902, pag. 496 ; — Amman, remarques sur les indemnités en cas d'accident oculaire, *An. d'ocul.*, janv. 1903, pag. 78 ; — Bichelonne, possibilité de la simulation du rétré-

cissement du champ visuel, *An. d'ocul.*, avril 1903, pag. 252 ; — Rémy, simulation de la diplopie, *An. d'ocul.*, avril 1903, pag. 303 ; — de Schweinitz, confirmation de l'opinion précitée de Greef, *An. d'ocul.*, avril 1903, pag. 279 ; — Trousseau, l'œil hystérique, *Bull. méd.*, 27 juin 1903 ; — Gradle, l'asthénopie dépendant de l'hystérie et de la neurasthénie, *An. d'ocul.*, nov. 1903, pag. 365 ; — Lagrange, paralysie hystéro-traumatique du droit ext. et du petit oblique de l'œil gauche, *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1903, pag. 108.

Observations inédites dues à l'obligeance de M. le professeur Truc

Amaurose hystérique double. — Mlle X..., 20 ans, ménagère. Bonne santé habituelle. Très impressionnable.

Entre à la clinique ophtalmologique pour cécité double, survenue assez brusquement il y a quelques jours.

Aspect général normal, plutôt vigoureux. Pupilles dilatées, contractiles à la lumière. Anesthésie conjonctivale ; réflexes pharyngés atténués ; nervosisme appréciable. Aucun trouble ophtalmoscopique. Hypnose et suggestion durant la visite. Vision intégralement restituée et normale pour loin et près.

Dans la journée, bonne vision. Le lendemain matin, cécité absolue.

Nouvelle hypnose et suggestion avec indication de conserver la vision récupérée. Vision parfaite et conservation définitive de la vision. Pas revue depuis.

Blépharospasme double ancien hystéro-lacrymal. — Mlle B..., 22 ans, ménagère, département de Vaucluse.

Depuis trois ans, blépharospasme continu survenu rapide-

ment. Malgré tous les soins des médecins et oculistes, impotence fonctionnelle absolue et chambre obscure habituelle.

Santé générale bonne, nervosisme, pas de lésions oculaires, nez sec. Réflexes conjonctivaux et pharyngés diminués. Vision normale, emmétropie.

L'examen oculaire très difficile à cause du blépharospasme excessif a été complété ultérieurement.

Anesthésie générale et cathétérisme. Rétrécissement lacrymal léger. Guérison immédiate et complète.

La malade a été revue à diverses reprises et récemment encore : la guérison s'est maintenue et paraît définitive.

Amaurose nerveuse double. — Sœur des Pauvres, 36 ans. Santé générale bonne d'ordinaire. Anémie légère depuis quelque temps. Vision antérieure normale, faiblit depuis plusieurs semaines et a presque entièrement disparu. Céphalalgie fréquente, pas de nervosisme excessif, sensibilité conjonctivale diminuée. Comme lésion ophtalmoscopique, on constate des vaisseaux rétiniens un peu grêles et une pâleur atrophique des deux papilles ; en outre, à gauche et en bas, contre la papille, fibres à myéline.

La vision malgré le traitement indiqué ne revient pas. Voyage à Lourdes. Au retour, vision normale des deux côtés. Elle s'est maintenue depuis.

Amaurose névrosique de l'œil gauche. — Mlle B..., 14 ans, sans profession, entrée le 15 janvier, à la clinique ophtalmologique, pour la disparition de la vue O. G.

Père souffre des yeux, mère névrosique ; personnellement jamais de maladie. Très impressionnable. Bien réglée depuis deux ans.

Histoire de la maladie. — Le 13 janvier 1903, après une nuit normale, remarque en se levant qu'elle n'y voit plus du

tout de l'œil gauche ; le 16, lendemain de son entrée à l'hôpital, elle a pour la première fois de sa vie une crise hystériforme.

Examen le 20 janvier : Les yeux paraissent normaux, toutefois l'iris gauche se contracte peu lorsqu'on dirige un faisceau lumineux sur lui. Lorsqu'on lui dit de lire avec les deux yeux et que l'on place devant O. G. une lentille positive de 20 dioptries, elle continue à lire à la distance ordinaire. Elle n'interrompt pas davantage sa lecture, si l'on place sans qu'elle s'en doute, un verre opaque devant l'œil droit.

C'est une grande et forte fille. Elle présente depuis quatre jours plusieurs crises convulsives par jour, avec perte de connaissance, de nature fort probablement hystérique. Car, d'une part, ses crises ne s'accompagnent pas de miction involontaire et des autres symptômes du mal comitial, et d'autre part la malade présente des stigmates de la névrose hystérique : zônes ovariennes dont la pression provoque la sensation de boule, hypesthésie conjonctivale. Hémihypesthésie gauche (face comprise).

Le 23 janvier : Les crises augmentent de nombre et d'intensité, elles durent maintenant de quelques minutes à une heure, avec convulsions toniques et cloniques. Elles sont enrayées par la compression ovarienne. *Par la suggestion, la malade peut pendant quelques heures compter les doigts avec l'œil gauche*, mais bientôt l'amaurose redevient complète.

La malade quitte la clinique et n'a pas été revue depuis.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE (1)

Le diagnostic différentiel de l'hémiplégie hystéro-traumatique et des hémiplégies organiques est souvent fort épineux. Pour le poser, le médecin doit se livrer à une étude aussi longue qu'attentive des caractères *intrinsèques* et *extrinsèques* de l'hémiplégie.

Dans toute hémiplégie, en effet, on trouve à côté des caractères intrinseques, c'est-à-dire propres à l'hémiplégie elle-même, les caractères extrinsèques qui constituent, si je puis ainsi parler, les symptômes à côté de l'hémiplégie. Parmi ces derniers, les uns ont trait à l'âge du malade, d'autres traduisent son tempérament, etc., etc. Hâtons-nous de dire que le plus souvent les caractères extrinsèques ne nous fournissent que des indications vagues et qu'ils ne constituent presque toujours que des signes de probabilité.

Évidemment l'hémiplégie organique survient le plus souvent chez des gens aux vaisseaux altérés, ayant dépassé l'âge de 45 ans, souvent à hérédité similaire ; ou encore chez de plus jeunes atteints de syphilis, de brightisme, de cardio-

---

(1) Voir l'article de Babinski, *in Gaz. des Hôpit.*, p. 521, 1900 ; et surtout les *Leçons cliniques* du Pr Grasset, 1903, dont ce chapitre est en grande partie l'écho.

pathie pour ne citer que les plus fréquentes des maladies ou des affections capables d'amener le rétrécissement, l'obstruction même, d'un vaisseau ou de favoriser sa rupture ; d'entraîner en un mot l'altération apparente des neurones corticaux ou de leurs fibres.

En règle générale, l'hémiplégie hystéro-traumatique est rare dans la vieillesse, et bien qu'on en ait cité quelques cas, on peut dire qu'elle est exceptionnelle après 50 ans ; elle apparaît le plus souvent chez des sujets présentant un certain nombre des stigmates de la névrose ; elle est déterminée par une émotion ou un traumatisme physique ordinairement incapable d'amener, vu son peu d'intensité ou sa localisation, une lésion appréciable des neurones corticaux. Mais il ne faut pas oublier que dans certains cas il suffira d'une émotion (1), d'un traumatisme léger, pour amener dans la tension sanguine cérébrale, dans la mécanique circulatoire, des modifications suffisantes pour que le malade réalise une hémiplégie organique.

D'autre part, les terrains favorables à l'éclosion de l'une ou de l'autre de ces maladies ne sont pas incompatibles ; un athéromateux, par exemple, peut faire une hémiplégie hystérique et un hystérique peut avoir une hémorrhagie cérébrale Comment reconnaître, en outre, que dans tel cas mis sur le compte de l'hystérie, parce que le sujet est un hystérique avéré, et surtout parce qu'il existe avec l'hémiplégie une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, il ne s'agit pas de la superposition d'une hémiplégie organique à ladite hémianesthésie et, pour tout dire en un mot, qu'on ne se trouve pas en présence d'une de ces associations névroso-organiques bien plus fréquentes en somme qu'on n'a l'air de le supposer ?

---

(1) Cestan, *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, p. 739, 1898.

Le mode de début ne nous fournira pas le plus souvent de sérieuses indications par suite du peu de créance que l'on doit accorder aux renseignements fournis par l'entourage et de l'absence ordinaire de signe distinctif suffisamment frappant pour avoir été recueilli par lui (1). L'hémiplégie hystérique, en effet, s'installe très généralement sans bruit, après quelques jours de méditation, elle peut se montrer par exemple au réveil, à la façon de tant d'hémiplégies organiques. Elle peut apparaître aussi à la suite d'une crise à forme comateuse, consécutive au traumatisme, ou survenant quelques jours après lui. Le médecin alors devra faire à distance le diagnostic entre l'apoplexie organique et l'apoplexie hystérique. Nous savons bien que cette dernière, simple phase de la grande attaque (Ferrier) ou son équivalent, revêt à peu de chose près les allures du sommeil naturel ne s'accompagnant ni de stertor ni d'aspect vultueux du visage (Achard), mais nous avons vu des apoplexies de cause organique avec si peu de congestion du visage et si peu de stertor, qu'on ne doit pas se fonder sur l'absence de ces symptômes pour con-

(1) Chez les ouvriers, il est beaucoup d'hémiplégies qui surviennent en dehors de tout traumatisme. Elles sont fréquemment syphilitiques et s'annoncent un certain temps à l'avance par des fourmillements, de l'endolorissement, des parésies passagères, de la céphalalgie, des troubles transitoires de la parole, quelques défaillances de la mémoire, des vertiges, tous symptômes qui traduisent une lésion cérébrale en voie d'évolution, et sont capables de réduire la responsabilité de l'accident. Mais l'ouvrier, dans les cas tout au moins que nous avons observés, se garde bien de les signaler et à plus forte raison de dire qu'il est syphilitique ; tout ce que l'expert peut en attendre, ce sont des affirmations constantes qu'avant l'accident il se portait fort bien.

clure à la nature névrosique de l'affection (1). Maintenant, si une personne qualifiée a constaté du stertor, un aspect vultueux du visage, la déviation conjugée de la tête et des yeux (2) et surtout de la fièvre, de l'incontinence, un commencement d'escharre fessière, on devra admettre comme infiniment probable, comme certaine même, si plusieurs de ces symptômes sont réunis, l'existence d'une lésion organique, sans pour cela acquérir le droit d'éliminer l'hypothèse d'association névroso-organique.

Bien plus féconde en résultats sera pour nous l'étude des caractères intrinsèques des hémiplégies, étude singulièrement éclairée par les remarquables travaux de Babinski, les communications de Ferrier et de Roth au XIIIme Congrès international de Médecine, la discussion qui s'en est suivie, les mémoires de Crouzon et surtout les belles leçons cliniques du Pr Grasset (1903). C'est à cette étude que nous allons maintenant procéder.

Sans nous arrêter à mentionner les divers degrés d'intensité que peut présenter l'hémiplégie hystérique et qui ont fourni matière à des classifications, en somme peu importantes pour nous, abordons directement l'étude diagnostique des caractères intrinsèques, en nous tenant à un point de vue général.

Pour la clarté de notre étude, ici comme presque partout, nous la diviserons en paragraphes dont chacun aura trait à l'examen différentiel d'un symptôme ou d'un ensemble de

---

(1) Crocq a déclaré, au Ve Congrès de médecine interne de Lille, qu'il n'y avait aucun signe clinique permettant de différencier les apoplexies organiques et hystériques.

(2) On a signalé la déviation conjuguée (de la tête et) des yeux de nature spasmodique pendant les crises hystériques. (Adams Frost, *Brit. méd. Journ.*, 1884; et *Mémoire de Borel*, 1886.

symptômes connexes, susceptible, grâce aux caractères différents qu'il présente dans les deux cas, de nous permettre de déceler la nature de l'hémiplégie.

Du mode de distribution de la paralysie. — Ce n'est pas également, ce n'est pas au hasard et en bloc, qu'en règle générale sont paralysés les muscles dans l'hémiplégie organique, surtout de la nature de celles fournissant matière à litige et à diagnostic délicat, mais bien d'une façon tout à fait spéciale. Cette proposition, acceptée par pas mal de neurologistes éminents, est facile à vérifier pourvu que l'on se place dans certaines conditions : l'hémiplégie ne doit pas être trop ancienne et la paralysie trop intense. Pour notre part, nous avons nettement constaté le fait sur des hémiplégiques dont la paralysie datait de 4 à 8 mois et était de moyenne intensité.

On a voulu donner de cet ordre de phénomènes une explication, et on a créé la théorie des articulo-moteurs. Qu'il nous soit permis de dire en quoi elle consiste d'après l'enseignement du Pr Grasset (1) : Un groupe musculaire fonctionnel donné reçoit l'incitation motrice d'un territoire cortical particulier et cela de la façon suivante : les cylindres axes des neurones de ce territoire se groupent aussitôt, formant un faisceau qui constitue ce qu'on nomme le nerf articulo moteur. Celui-ci garde son individualité jusqu'à un groupe (encore hypothétique) de neurones formant un centre supra-nucléaire, centre situé en un point de l'axe mésencéphalo-bulbo-médullaire voisin des neurones moteurs périphériques. A partir de ce point, le nerf articulo-moteur se dissocie, et ses fibres (je devrais dire l'influx nerveux dont

(1) *Revue de méd.*, p. 81, 1903.

elles sont chargées) vont par des voies différentes, après un ou deux relais au niveau des neurones moteurs périphériques, rejoindre les unités du groupe fonctionnel musculaire qu'elles doivent mouvoir.

Par exemple, si nous envisageons le nerf articulo-moteur préposé à la flexion de l'avant-bras, nous le voyons atteindre le biceps par la voie du musculo-cutané et le long supinateur par celle du radial, voie empruntée également par d'autres articulo-moteurs, l'extenseur de l'avant-bras par exemple qui veut atteindre le triceps. C'est pour cela que dans les hémiplégies organiques, on voit toujours le long supinateur et le biceps atteints ou épargnés simultanément. Le territoire du nerf anatomique et celui du nerf articulo-moteur sont donc loin d'être identiques. On doit donc dire que les centres moteurs cérébraux ne correspondent ni à des muscles isolés, ni à des groupes musculaires innervés par un même nerf, mais bien à des groupements musculaires dont l'unité est faite par la fonction (1) (Grasset).

(1) Cette théorie des nerfs articulo-moteurs et de leurs centres, est encore à l'état hypothétique ; si nous n'avons pas craint de la mentionner et d'en donner un aperçu, incomplet du reste, c'est qu'elle nous a paru fort séduisante et bien de nature à expliquer certains troubles de la motricité chez les organiques, troubles qui se manifestent notamment à l'occasion de la marche, comme nous le verrons. Elle emprunte en outre une force de probabilité à ce fait, aujourd'hui généralement accepté, qu'il existe au niveau de l'écorce cérébrale, en ce qui touche la motilité oculaire par exemple, non pas un centre du moteur oculaire commun ou du muscle droit interne, mais des centres correspondant à des groupements musculaires dont l'unité est faite par la fonction : « fonction d'élévation des globes oculaires (suspiciens), d'abaissement (despiciens), de convergence, de rotation à droite (dextrogyre) ou à gauche (lévogyre), les mouvements oculaires étant toujours associés. Du centre

Telle est en substance et très résumée la théorie des nerfs articulo-moteurs. Nous l'avons donnée parce qu'elle est encore neuve et touche d'assez près à notre sujet. Quelle que soit sa valeur, il semble cependant qu'il existe bien, dans la distribution de la paralysie une différence entre les deux hémiplégies : dans l'hémiplégie hystérique, la paralysie est diffuse, elle frappe le membre en bloc (fait très général du reste) et ne paraît pas procéder par nerf articulo-moteur.

Il existerait encore, touchant le mode de distribution de la paralysie dans les deux cas, d'autres différences signalées par divers auteurs :

La paralysie hystérique frapperait, d'après Ferrier, le membre inférieur à un plus haut degré que le supérieur, agissant ainsi à l'inverse de la paralysie organique.

Les extrémités, toujours dans la paralysie hystérique, seraient rarement complètement atteintes et la récupération de la motilité commencerait à leur niveau, à l'inverse encore, d'après les auteurs, de ce qu'on observe dans l'hémiplégie organique où la paralysie est d'autant plus prononcée qu'on examine des muscles plus éloignés de la racine du membre.

D'une façon générale on peut dire que, dans les paraly-

---

dextrogyre, par exemple, part un nerf l'analogue d'un articulo-moteur, il s'arrête dans le mésencéphale au niveau d'une station de neurones formant un noyau supra-nucléaire (Parinaud). Dès lors, il se dissocie. Une partie de l'influx nerveux se rend au muscle droit externe droit en suivant le nerf moteur oculaire externe droit ; une autre partie atteint le muscle droit interne gauche en empruntant la voie du nerf moteur oculaire commun gauche. Je ne parle pas des fibres qui, ici comme partout, se rendent aux muscles antagonistes pour les inhiber ou même provoquer à leur niveau une *action d'allongement* (expérience de Sherrington), (voir Grasset, *Rev. de Méd.*, p. 85, 1903 ; et Morat, p. 618.

sies par lésion cérébrale, les muscles sont d'autant plus paralysés qu'ils sont plus spécialisés dans leurs fonctions. C'est la raison pour laquelle, par exemple, le membre inférieur récupère plus tôt et plus complètement ses fonctions que le supérieur.

De la paralysie faciale. — Nous ne nous arrêterons pas ici sur la paralysie faciale, renvoyant le lecteur au chapitre spécial où est traité le diagnostic différentiel des paralysies faciales organique et hystérique. Nous nous bornerons pour le moment à poser les points suivants :

L'hystérie fait à la face, souvent du spasme, exceptionnellement de la paralysie. Cette dernière est fréquemment simulée par un hémispasme du côté opposé. Chez un individu atteint d'hémiplégie développée à la suite d'un traumatisme, l'existence d'une paralysie faciale constitue une présomption en faveur d'une lésion organique et son absence en faveur d'un trouble purement fonctionnel.

De l'hypotonicité. — Si nous examinons un hémiplégique organique assez près du début de la paralysie, nous constatons une hypotonicité musculaire plus ou moins marquée. Elle se traduit à la face par la déviation des traits, l'abaissement de la commissure labiale, l'atténuation des rides sous l'influence de la pesanteur ou de la tonicité des muscles sains, par la mollesse spéciale des muscles atteints, et aux membres par le signe décrit par Babinski dans son mémoire (*Gaz. des hôp.* 1900, p. 521), sous le nom de flexion exagérée de l'avant-bras. Prenant l'avant-bras paralysé mis en supination légère il l'applique sur l'articulation scapulo-humérale du côté malade et constate que cette opération s'effectue sans douleur et avec beaucoup plus de facilité que du côté sain. Dans l'appréciation de ce signe, il faut tenir compte de l'état des mas-

ses musculaires, le mouvement étant d'autant plus facile que les masses musculaires sont moins développées.

Comme Babinski nous n'avons pas trouvé cette hypotonicité chez les hystériques. Ce signe de l'avant-bras mérite donc d'être pris en considération, mais à condition qu'il soit *très net,* ce qui est *très rare.*

Chez l'organique, avant la période de contracture, on constate un abaissement marqué de l'épaule paralysée, la chute de la main lorsqu'on soutient l'avant-bras mis en pronation dans la position horizontale, la chute du pied lorsqu'on fait asseoir le malade les jambes pendant au-dessus du sol (1).

Chez l'hystérique, ces phénomènes ne se produisent pas avec les mêmes caractères. Tantôt la main et le pied tomberont à peine, tantôt ils tomberont d'une façon exagérée, comme si les fléchisseurs de la main ou les extenseurs du pied entraient en contraction ; contraction qu'un observateur exercé dépistera en imprimant à la main et au pied de légères secousses dans le sens contraire à l'action des muscles contractés.

Des actions motrices de mobilisation et de stabilisation conscientes et subconscientes. — Tandis que les actions subconscientes sont altérées ou abolies comme les actions conscientes dans les paralysies organiques, elles sont conservées intactes dans l'hystérie. L'hystérique n'est frappé que dans les actions conscientes, comme nous le prouvent les expériences suivantes :

Prenons un hémiplégique, mettons-le dans la situation gynécologique : sujet couché sur le dos, cuisses fléchies de

(1) Voir Babinski, *C. R. de la Soc. de Biol.*, p. 471, 1896.

façon à former avec le tronc un angle de 80°, jambes fléchies et perpendiculaires à l'axe des cuisses. L'hystérique comme l'organique ne pourra maintenir son membre paralysé qui retombera sur le lit. — Mettons le malade dans la situation de Pierre Marie : sujet assis sur le bord du lit le dos un peu incliné en arrière et soutenu par un aide, cuisses fléchies formant avec le tronc un angle de 60°, jambes pendantes. Appuyons également sur les deux genoux pour les abaisser, après avoir prié le malade de résister le plus qu'il lui sera possible ; qu'il soit hystérique ou organique la résistance du côté malade sera inférieure à celle du côté sain. Dans ces deux cas, il s'agit d'actions conscientes de stabilisation : l'hystérique se comporte comme l'organique.

Prenons encore un hémiplégique, faisons-le tenir debout, ordonnons lui de fléchir la tête, et en nous opposant à ce mouvement examinons l'état de ses muscles peauciers. Si c'est un organique, le peaucier du côté sain sera le seul à se contracter, celui du côté malade restant à peu près flasque. S'il s'agit d'un hystérique, les deux peauciers se contracteront (Babinski, *Signe du peaucier*). Il s'agit là d'une action motrice de mobilisation subconsciente.

Plaçons l'hémiplégique organique dans le décubitus dorsal sur un plan horizontal, les bras croisés sur la poitrine, et ordonnons-lui de se mettre sur son séant. De deux choses l'une : ou bien il fait des efforts à peu près stériles, le corps ne quittant guère le plan du lit, ou bien il se soulève plus ou moins. Envisageons ce dernier cas. Du côté du tronc, nous voyons les deux épaules se soulever mais sans rester dans le même plan frontal, l'épaule normale est dans un plan antérieur par rapport à celui occupé par l'épaule paralysée ; du côté des membres inférieurs nous voyons, chose capitale, le pied paralysé quitter le plan du lit et s'élever plus ou moins, mais toujours plus haut que le sain.

Si le malade est trop faible pour arriver à détacher le tronc du plan du lit, procédons en sens inverse. Faisons-le asseoir sur le lit, les bras toujours croisés sur la poitrine, et invitons-le à incliner le buste en arrière jusqu'à toucher le plan du lit ; nous verrons les membres inférieurs abandonner ce dernier et, comme tout à l'heure, le membre paralysé s'élever toujours au-dessus du membre sain. (Inutile de faire remarquer que, dans le cas de paralysie absolue, le membre malade ne se déplacerait pas).

Un hémiplégique hystérique placé dans les mêmes conditions, prié d'exécuter les mêmes mouvements : ou bien se mettra sur son séant et s'étendra à la façon d'un sujet normal, les deux jambes restant dans le même plan, ou bien fera exécuter à ses membres inférieurs des mouvements bien différents de celui que nous venons de décrire.

Ce phénomène a été découvert par Babinski et décrit par lui sous le nom de flexion combinée de la cuisse et du tronc. Il constitue, sans aucun doute, un signe diagnostique de tout premier ordre. Nous ne l'avons jamais trouvé en défaut, et c'est à lui qu'on devrait donner le nom de signe de Babinski. Il s'agit là d'une action motrice de stabilisation subconsciente, action qui s'exerce en fin de compte au niveau des articulations du genou et du pied, comme l'enseigne M. le Pr Grasset (*Rev. de Méd.* 1903, p. 87.)

Signe d'Hoesslin. — Si l'on oppose une résistance au mouvement d'un muscle affaibli et qu'à un moment donné on la supprime brusquement, on voit le mouvement continuer dans la direction première s'il s'agit d'une paralysie organique, tandis que, dans les mêmes conditions, le membre reste immobile si l'on se trouve en présence d'une paralysie hystérique.

Il nous est souvent arrivé de soulever le bras paralysé

d'un hémiplégique organique pour l'abandonner brusquement, et toujours nous l'avons vu tomber aussitôt, animé d'une vitesse plus ou moins considérable allant même quelquefois en s'atténuant, tandis que chez les hystériques, nous avons observé souvent un court instant d'immobilité, comme si le bras hésitait à tomber. De plus, si on soulève plusieurs fois le bras paralysé d'un organique, dans un laps de temps assez court, on a chaque fois à déployer la même force. De même pour maintenir le bras élevé. Chez les hystériques, au contraire, l'effort à faire diffère d'un instant à l'autre. On peut, en outre, observer chez ces derniers, en ayant soin de détourner leur attention, la stabilisation inconsciente du bras en l'air, à l'endroit où le médecin qui l'a élevé l'a subrepticement abandonné, fait qui ne se produit jamais dans l'organique.

Troubles de la marche (1). — Jusqu'à ces derniers temps, les troubles de la locomotion dans les hémiplégies, étudiés

---

(1) C'est Todd qui avait étudié et fixé les caractères différentiels de la marche en avant de l'hémiplégique organique et de l'hémiplégique hystérique.

Voici en quels termes il s'exprimait dans son livre : *Lect. on diseases of Nervous system* (*Lect.* I., p. 20) :

« Si l'on examine pendant la marche un hémiplégique par lésion organique cérébrale, on voit que pour porter en avant le membre inférieur paralysé il incline le tronc du côté opposé à la paralysie en faisant reposer tout son poids sur le côté sain ; et alors, par un mouvement de circonduction, il projette en avant la jambe paralysée, de telle sorte que le pied décrit un arc de cercle ».

L'hystérique ne marche pas de cette façon, il traîne lourdement (she drags) le membre paralysé après lui comme s'il s'agisssait d'un corps inerte. Il n'y a pas d'acte de circonduction, ni aucun effort quelconque pour détacher le pied du sol. Ce dernier, en réalité, balaye

seulement dans la marche en avant, se résumaient dans la phrase suivante : « L'organique arrivé à la période d'état fauche (démarche hélicopode), l'hystérique traîne la jambe derrière lui à la façon d'un corps inerte (démarche helcopode). L'organique fauche, parce qu'il ne peut fléchir son membre, dès lors trop long. Cela tiendrait à la contracture des extenseurs, d'après les uns, à la parésie des fléchisseurs, d'après les autres, peut-être aux deux causes à la fois. Disons tout de suite que cette division était trop absolue, car il existe des hystériques qui fauchent nettement. On en était là quand, le 16 janvier 1903, Schüller fit paraître dans le *Neurol. Centralblatt*, un travail dans lequel il signalait l'intérêt de l'étude de la marche de flanc et les résultats qu'elle lui avait fournis. Crouzon vérifiait aussitôt ces expériences et les interprétait (*Soc. de Neur.*, mars 1903). Peu après, le P[r] Grasset reprenait cette étude, l'éclairait et la complétait. Voici en définitive la façon dont il faut procéder : Le sujet à examiner

---

le sol dans l'acception rigoureuse du mot. (Voir Gilles de la Tourette, la marche dans l'hémiplégie hystérique; *nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1888, t. X, p. 1 ; et *Thèse* de Paris, 1886, sur la marche dans les maladies du système nerveux, étudiée par la méthode des empreintes).

Bien que la description de Todd soit en somme excellente, il importe cependant de noter certains points non indiqués par lui : dans l'hémiplégie organique, le malade ne marche en fauchant que lorsque la sclérose du faisceau pyramidal commence à dépasser la protubérance ou est un fait accompli. Le mouvement de circonduction est simplement une des manifestations de la contracture. Mais avant de devenir spasmodique, l'hémiplégie organique reste flasque pendant un certain temps, durant lequel les caractères de la marche en avant sont souvent analogues à ceux de l'hémiplégie hystérique. Cette période, il est vrai, est très courte, et le médecin-expert, en fait, ne l'observe presque jamais. Mais il est des cas très exception-

étant placé dans la station debout, traçons sur le sol une ligne droite passant à ses pieds, de telle sorte qu'elle soit contenue entièrement dans son plan frontal. Ordonnons-lui de se déplacer le long de cette ligne, d'abord dans un sens, puis dans l'autre, mais sans modifier jamais la position de son plan frontal par rapport à la ligne ; nous assistons ainsi à la marche de flanc. Soumettons à cet exercice une série d'hémiplégiques organiques. Quelques-uns, ce sont d'anciens hemiplégiques, se comportent comme des sujets normaux, détachant bien le pied malade du sol et ne le traînant pas, les autres le traînent manifestement et se départissent en deux catégories, suivant qu'ils râclent avec le bord interne du pied malade ou avec son bord externe (Grasset). Dans le premier cas, ils râclent en allant du côté malade vers le côté sain ; dans le deuxieme, en se déplaçant du côté sain

---

nels où l'hémiplégie organique reste flasque et où le malade par conséquent progresse en avant sans faucher ».

Marinesco dans la *Nouvelle Icon. de la Salpêtrière*, pp. 176-183, mars-avril 1900, publie un travail dont nous extrayons les points suivants : « Le membre frappé de paralysie hystérique a tous ses muscles pris, il n'a plus de mouvements propres, point de flexion de la jambe sur la cuisse ou de la cuisse sur le bassin, pas plus que d'élévation du talon. Le membre ne présente plus que des mouvements passifs qu'il doit aux muscles du tronc. Ce dernier, pour faire mouvoir les membres, fait des mouvements anormaux. Le membre frappé de paralysie organique conserve toujours quelques groupes musculaires qui suffisent pour animer d'un certain degré de mouvement une jambe oscillante.

» Dans la marche, l'organique incline le torse en avant ; l'hystérique ne le fait que dans le pas postérieur (marche à reculons). Dans le pas antérieur, il se renverse tout à fait en arrière. Comme il ne peut s'appuyer sur la jambe paralysée, l'excursion du membre normal est plus courte que celle du membre paralysé ».

vers le côté malade, comme l'a montré le Pr Grasset. Schüller n'avait vu que les premiers. En ce qui concerne les hystériques, nous ne pouvons établir de règle. Un hystérique, dans la marche de flanc, traîne le plus souvent le pied du côté malade, et il le traîne aussi bien en allant vers la droite qu'en allant vers la gauche ; il le traîne encore dans la marche en avant et à reculons. Ces différences s'expliquent très bien si l'on se reporte à ce que, après le Pr Grasset, nous avons dit touchant les nerfs articulo-moteurs. Un organique traîne le bord externe du pied en allant du côté sain vers le côté malade, par suite de la paralysie de la fonction d'abduction qui tient sous sa dépendance, par son nerf articulo-moteur, les muscles petit et moyen fessiers abducteurs de la cuisse, péroniers et extenseur commun des orteils rotateurs du pied en dehors (1), et non à cause de la raideur en extension du membre, ce qui constituerait une « hérésie mathématique ». Un hystérique chez lequel la parésie est diffuse, chez lequel tel groupe articulo-moteur n'est pas spécialement atteint, doit présenter des troubles dans tous les sens, ou si la parésie est très légère dans aucun.

Des réflexes du côté paralysé (2). — Dans l'hémiplégie organique datant de quelques mois, les réflexes tendineux

---

(1) Dans l'étude de la marche de flanc, il faut tenir compte de l'état des moteurs du bassin ; dans la marche vers la gauche, par exemple, le tronc se porte d'abord sur la jambe droite, l'épine iliaque gauche s'élève, le membre gauche se porte alors en abduction, etc.

(2) L'état des réflexes, avons-nous dit, varie à l'état normal suivant les individus. On devra donc toujours juger par comparaison avec le côté sain. Les divers réflexes que l'on recherche ordinairement sont : 1° le rotulien ; 2° l'achilléen (on place le sujet à genoux sur le bord du lit, les pieds nettement en dehors, on percute le ten-

sont exagérés, les réflexes cutanés (abdominal, crémastérien, etc.) sont diminués ou abolis. Cette dissociation est un assez bon signe de lésion organique. Quand l'hypertonicité est très prononcée on observe de la trépidation épileptoïde et de la danse de la rotule. Parmi les phénomènes réflexes il en

---

don d'Achille qui réagit en étendant le pied; il nous renseigne sur l'état du sciatique et de ses centres, tandis que le rotulien nous renseigne sur le crural); 3° le contra-latéral des adducteurs de Marie; 4° la danse de la rotule; 5° le réflexe des extenseurs du poignet; 6° le réflexe de Schætler (extension des orteils à suite du pincement de la peau recouvrant le tendon d'Achille; 7° le phénomène des orteils, de Babinski; 8° la contraction du tenseur du fascia lata provoquée par le chatouillement de la plante du pied (du côté malade) (Brissaud); l'exagération des deux premiers, l'existence des autres sont des signes d'hypertonie.

Oppenheim signale dans le *Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie*, 1902, le réflexe suivant : si chez un individu normal ou chez un névrosique on frictionne de haut en bas la peau de la partie inférieure de la jambe, les orteils se fléchissent ou demeurent immobiles; si on répète la même manœuvre chez une personne atteinte de lésion pyramidale, les orteils et quelquefois le pied exécutent un mouvement d'extension ou restent immobiles, de telle sorte que l'extension indiquerait, dans ces conditions, une perturbation du système pyramidal.

Un autre indice de perturbation pyramidale est le phénomène du jambier antérieur (*Société de Neurologie*, 2 juillet 1903), que l'on recherche de la façon suivante : on fait placer l'hémiplégique dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs étendus; on lui commande de fléchir la jambe sur la cuisse du côté hémiplégié : si le sujet est un organique, on peut observer en même temps l'élévation du bord interne du pied et la rotation en dedans de la plante du pied, toujours du côté hémiplégié. Ce mouvement associé qui est dû à la contraction du jambier antérieur ne se produirait pas dans l'hémiplégie névrosique.

Une autre variété de mouvements associés ne se produisant pas

est un qui, lorsqu'il existe, a une grande valeur diagnostique ; c'est celui décrit par Babinski sous le nom de phénomène des orteils : « Lorsqu'en chatouillant le bord interne de la plante du pied on détermine l'extension du gros orteil, on doit conclure à l'existence d'une perturbation du système pyramidal » (1). L'état des réflexes tendineux dans l'hémiplégie hystérique a donné lieu à de sérieux débats à la Société de neurologie : Ne peut-on pas les trouver exagérés

---

dans la paralysie hystérique est la syncinésie, ou mouvement associé des membres supérieurs.

Hirschberg a décrit ces derniers temps (*Revue neurologique*, p. 762, 15 août 1903), un autre phénomène réflexe indice, dit-il, de perturbation pyramidale : l'adduction du pied par chatouillement de son bord interne.

Mentionnons encore le réflexe suivant étudié par Pitres, Gilles de la Tourette et Spiller : « Si dans un cas d'hémiplégie faciale sensitive hystérique on chatouille la muqueuse nasale du côté malade, on voit se produire comme à l'état normal des larmes en abondance. Ce phénomène ne se produit pas s'il y a lésion du trijumeau ».

(1) Roth a protesté contre l'attribution à ce signe d'une valeur absolue ; il a affirmé qu'on pouvait le trouver chez les hystériques, mais son opinion n'a pas prévalu. Voir au sujet de ce réflexe, Babinski : *C. R. Soc. de biol.*, 22 février 1896 ; *C. R. du Congrès international de neurol. de Bruxelles*, 1897 ; discussion du rapport de Mendelsohn sur la valeur pathogénique des réflexes ; *Semaine méd.*, p. 321, 1898. — Oppenheim, Du signe des orteils obtenu par le frôlement de la peau de la partie inférieure de la jambe, *Monatsschrift für Psych. u neurol.* ; 1900-1902. — Marinesco, Étude du phénomène des orteils, *Rev. neurol.*, N° 10 ; 1903. — Peppo Acchioté, Signe de Babinski et clonisme du pied dans les névroses, *Congrès de Madrid*, 1903 ; *Section de neurologie*. — Harris, Deux cas de paralysie fonctionnelle avec signe de Babinski bilatéral, *Review of neurol. and Psych*, N° 5, 1903.

dans une névrose pure? Telle était la question posée. La trépidation épileptoïde (1), la danse de la rotule, le signe des orteils indiquent-ils rigoureusement une perturbation pyramidale? Brissaud, Raymond, Déjerine, Gilbert Ballet et Louis Delherm rapportaient de rares cas de trépidation chez des *névrosés*, avec exagération des réflexes. Babinski soutenait qu'il s'agissait là de pseudo-réflexes reconnaissables : à la longueur anormale du temps perdu entre l'excitation et la réaction, à ce fait que la percussion sur un point voisin du tendon provoquait encore le réflexe, à la physionomie anormale de celui-ci, etc.

Il est acquis aujourd'hui que les réflexes tendineux peuvent se trouver exagérés dans l'hémiplégie hystérique, les réflexes cutanés étant normaux ou quelquefois diminués. Malgré ce l'étude des réflexes fournit des indications diagnostiques très importantes et lorsque chez un hémiplégique on trouve du côté malade des réflexes tendineux exagérés avec de

(1) Il y aurait lieu de distinguer, d'après Gowers, deux sortes de clonus chez les hystériques : 1° un clonus semblable à celui qui survient à l'état normal chez la plupart des sujets, lorsque assis sur une chaise, les pieds n'appuient sur le sol que par la face plantaire des orteils ; 2° le pseudo-clonus, tel que le définit Babinski. Ce dernier serait fréquent dans l'hystérie et dépendrait d'une contraction des muscles du mollet qui étendent le pied sur la jambe.

Mais le vrai clonus existe-t-il chez les hystériques? Déjerine a déclaré qu'on pouvait l'observer. Roth et Cohn pensent de même (*Neurolog. centralbl.* p. 584, 1899). Nous ne l'avons jamais rencontré chez les hystériques purs et sommes persuadés qu'il est exceptionnel, si tant est qu'il existe. Signalons à ce propos un fait curieux : Babinski qui s'est élevé avec le plus de vigueur contre l'existence de la trépidation épileptoïde chez les hystériques, a signalé son existence à la main d'un hystérique (*Archives de neurol.*, t. XII, p. 7, 1886).

la trépidation épileptoïde et de la danse de la rotule, on peut à peu près affirmer une lésion organique, mais il faut que ces trois signes d'hypertonie soient réunis (1) (Grasset).

Le phénomène des orteils reste lui aussi un très bon signe de lésion organique ; malheureusement, on le trouve rarement dans les hémiplégies datant d'un certain temps.

Contractilité électrique. — Signe de Mendelsohn. — Mendelshon a signalé au XIII[e] Congrès international, le phénomène suivant :

« Toute contraction volontaire d'un muscle est accompagnée d'un dégagement d'énergie électrique mesurable au galvanomètre : c'est le courant d'action. Or, tandis que dans la contraction hystérique, l'aiguille déviée brusquement par la contraction volontaire revient lentement mais d'une façon continue vers zéro, dans la contraction organique l'aiguille, dans son retour, s'arrête en route une, deux ou trois fois et au moment du premier arrêt on observe un petit recul indiquant un nouvel accroissement du courant d'action, bien que le muscle n'ait exécuté aucun mouvement appréciable. Quant à la contractilité électrique, nous l'avons toujours vu conservée comme Duchenne, de Boulogne, l'avait déjà constaté. Cependant au niveau des régions anesthésiées, la

(1) Une telle proposition étonne et choque l'esprit. En effet, la présence de ces trois signes indique qu'il y a hypertonie, irritabilité exagérée, absolue ou relative des centres médullaires, sciatique et crural d'un côté. Si l'hystérie peut produire de l'exagération des réflexes dans le domaine du crural ou dans celui du sciatique, il est bien étonnant qu'elle ne puisse le faire dans les deux à la fois. Quoi qu'il en soit, nous accordons à ce signe différentiel de la valeur, car il nous a permis de reconnaître la nature organique de syndromes qui avaient toutes les allures de l'hystérie.

résistance au passage du courant est accrue (Vigouroux), ce que l'on observe aussi, du reste, mais bien plus rarement, au cours d'autres affections, celles notamment qui s'accompagnent d'amyotrophie et même chez des gens normaux.

De la contracture. — Si en considération de leurs symptômes et de leur évolution caractéristique, nous laissons de côté les cas, rares d'ailleurs, où la lésion organique entraîne de par sa localisation spéciale (méninges, etc.) de la contracture dès son apparition, nous pouvons dire après avoir formulé des réserves touchant la possibilité de la formation de nouveaux foyers : l'hémiplégie organique suit une évolution régulière, marchant progressivement vers la guérison s'il n'y a pas de dégénérescence du faisceau pyramidal et se transformant au bout de quelques semaines (1) en paralysie spasmodique dans le cas contraire ; on voit alors du côté malade apparaître, au bout d'un certain temps, des signes

---

(1) Cette règle comporte des exceptions qu'il est bon de connaître, sans y ajouter une grande importance cependant ; il est, en effet, des cas d'hémiplégie organique où, en dehors de toute lésion rapidement spasmogène (méningée, ventriculaire ou protubérantielle, etc.), on voit survenir de très bonne heure les phénomènes spasmodiques et la contracture. Cette dernière peut même affecter des formes anormales et mettre tel membre dans une situation bizarre. Ce fait, tout en étant connu, est bien de nature, à cause de sa rareté, à entraîner une erreur de diagnostic. Voici un cas publié par Devic et Gaillavardin dans la *Revue Neurol.*, p. 53, 1903, intéressant sous ce rapport :

« A 9 heures du matin, hémiplégie gauche développée progressivement en 8 à 10 heures sans perte de connaissance. Dans la nuit le membre inférieur gauche se contracture en flexion forcée, tandis que le membre supérieur paralysé reste absolument flasque. Cette contracture du membre inférieur, accompagnée d'accès douloureux

d'hypertonie : de l'exagération des réflexes du clonus du pied, de la danse de la rotule, etc. ; enfin la contracture s'installe évidente et restera tant que les cellules trophomotrices des cornes antérieures n'auront pas dégénéré.

Tout comme l'hémiplégie organique, l'hémiplégie hystérique peut se présenter à nous suivant les cas, tantôt à l'état de paralysie flasque, tantôt à l'état de paralysie spasmodique, forme plus rare. Mais l'évolution de l'hémiplégie hystérique est tout différ nte de celle de l'organique ; on ne voit pas la paralysie hystérique flasque se transformer en paralysie avec contracture suivant ce mode régulier, classique pour ainsi dire, des hémiplégies organiques. Si l'hémiplégie est flasque au début elle le restera toujours ou plutôt presque toujours, car il est à cette règle quelques exceptions dont nous devons parler. Nous avons, en effet, trouvé dans la littérature médicale plusieurs observations d'hémiplégies hystériques flasques,

---

de contracture, survenant spontanément ou à la suite d'excitations diverses, fut absolument persistante.

Rachicocaïnisation et tentative de réduction suivie d'immobilisation.

Mort 7 mois après le début de l'hémiplégie.

Autopsie. — Ramollissement très limité de la capsule interne; dégénérescence pyramidale classique depuis le bulbe jusqu'aux lombes ».

Par conséquent, outre les convulsions précoces qui accompagnent parfois les hémiplégies avec ictus, et les contractures banales tardives, il peut se manifester, moins de 24 heures après le début de l'hémiplégie, une contracture hâtive, persistante, et présentant les caractères essentiels des contractures ordinaires. Elle peut envahir un membre, affecter à son niveau une forme un peu anormale (le type flexion au membre inférieur étant très rare mais bien connu) tandis que l'autre membre reste absolument flasque. Dans ce cas-ci, la moindre excitation locale provoque une crise de contracture.

devenues spasmodiques plus tard. Plusieurs auteurs ont signalé le fait ; parmi eux nous trouvons : Carré de Montgeron qui rapporte le cas de la demoiselle Frapart, dont l'hémiplégie se transforma en hémicontracture suivie d'amyotrophie ; Gilles de la Tourette et G. Gasne qui disent à l'article Hystérie, pag. 244, du *Traité de Brouardel, dernière édit.*: «La paralysie flasque peut succéder à la paralysie avec contracture et *vice versa* » ; Déjerine qui dans le traité de *Pathologie générale de Bouchard* (t. V, pag. 723), affirme que la contracture peut succéder à la flaccidité ; Babinski, enfin, qui dans les *Archives de neurologie* de 1886, t. XII, pag. 165, signale un cas de paralysie flasque devenue spasmodique au bout de vingt et un jours (1) pour disparaître quatre mois et demi après le début des accidents. Il n'hésite pas, se basant sur les phénomènes concomitants, à l'attribuer à l'hystérie. Peut-être pourrait-on émettre quelques réserves sur ce point.

De ces quelques lignes il résulte donc : que dans les paralysies hystériques la forme spasmodique peut succéder à la

(1) Le phénomène inverse peut également s'observer, c'est-à-dire la transformation d'une paralysie spasmodique en paralysie flasque, comme le prouve le cas de Chauffard, publié dans la *Gaz. hebd. de méd.*, N° 21, p. 341, 1886 : Chute sur la paume des mains par rupture d'une échasse ; vives douleurs dans le membre supérieur gauche, d'abord limitées à la main et à l'avant-bras, mais s'étendant en quelques jours jusqu'à l'épaule; impotence fonctionnelle de plus en plus grande. En moins de huit jours, contracture de tout le membre avec rigidité et hyperesthésie cutanée qui persiste pendant une année. Puis, brusquement, à la suite d'application de courants continus, la contracture disparait et fait place à une paralysie flasque fonctionnelle qui dure deux ans et ne cesse que sous l'influence du massage.

forme flasque, mais en général cette succession se fait rapidement et non avec la régularité progressive (pouvons-nous presque dire) de la paralysie organique. Et, du reste, cette évolution de la flaccidité vers la contracture est suffisamment rare (1) pour que, négligeant des cas trop exceptionnels, nous puissions dire : Dans l'hémiplégie hystérique, la contracture se montre dès le début ou n'apparait pour ainsi dire jamais ; lorsque par hasard elle succède à la flaccidité, c'est pour se livrer avec cette dernière à un véritable chassé-croisé : tel jour on a de la contracture, le lendemain on aura de la flaccidité. « L'hystérique, dit Cestan, ignore la chronologie des contractures ».

A l'hémiplégie hystérique flasque s'ajoutent parfois des manifestations spasmodiques. On voit, en effet, ici comme ailleurs le spasme s'associer à la paralysie, surtout à la face. Cette association est mobile et irrégulière.

Voilà donc, dans la manière d'être des deux hémiplégies, une différence profonde ; nous devons en signaler une autre : la possibilité pour les troubles hystériques de s'aggraver et de s'atténuer alternativement et à plusieurs reprises, de se modifier rapidement dans leur intensité ainsi que dans leur forme ; de présenter, comme le dit Babinski, des rémissions transitoires pouvant ne durer que quelques instants. Bien que d'importance relativement secondaire, l'examen de la contracture (2) peut fournir à l'expert certaines indications :

(1) Il est une cause d'erreur à l'abri de laquelle il est bon de se placer, c'est la mise en œuvre inconsciente de la diathèse de contracture par des manœuvres quelconques (massage, etc.) ou encore, comme dans le cas rapporté par Charcot (*Leçons cliniques*, t. III, p. 399, 1887), par l'application d'un appareil à fracture.

(2) Les membres atteints de contracture hystérique prennent les attitudes les plus diverses. Bardol a vu le membre supérieur tordu

« La forme de la contracture hystérique, dit encore Babinski, peut toujours être reproduite par la volonté ; elle ne présente donc pas cet aspect si connu de la contracture organique

---

par la contracture venir s'appliquer derrière le tronc. Laissant ces formes exceptionnelles, nous allons mentionner les plus fréquentes :

Membre supérieur.— Dans la généralité des cas, on observe le type de flexion : le bras est dans l'adduction appliqué sur la partie latérale et un peu antérieure du thorax, l'avant-bras le plus souvent en supination est fléchi à angle droit sur le bras et repose par son bord cubital sur la base du thorax, la main est fortement fléchie sur l'avant-bras, les doigts sont fléchis sur la paume de la main, le pouce est dans l'adduction tantôt recouvert par les autres doigts, tantôt appliqué contre l'index, tantôt ramené plus en avant la dernière phalange appliquée sur la phalangine du médius. — Le type d'extension est plus rare, le membre supérieur est allongé le long du tronc, la main en extension et pronation.— Les types intermédiaires ne sont pas rares ; le plus fréquent consiste dans la demi-flexion de l'avant-bras collé au tronc avec extension des trois derniers doigts.

Membre inférieur.— « Le membre inférieur est tantôt dans l'extension simple, tantôt dans l'extension avec rotation en dedans. La hanche, le genou, le pied sont rigides et ne peuvent être fléchis ; le membre dans son ensemble ne peut être porté en dehors ; la rotule vient souvent appuyer sur la face interne du genou de la jambe saine. En raison de la contracture des muscles de la hanche et d'une légère élévation du bassin de ce côté, le membre contracturé paraît un peu plus court que le membre sain. Le pied a l'attitude du pied bot *varus équin* ; le talon est plus élevé ; la face dorsale du pied est renversée en dehors ; la face plantaire devenue concave regarde en dedans et en haut ; le pied repose sur le bord externe. En général, les orteils sont fléchis plus ou moins fortement ; la malléole interne est effacée et l'externe est très proéminente (Voulet). »

La contracture est diffuse : elle atteint tous les muscles moteurs de l'articulation. Les antagonistes sont atteints à un bien plus haut degré que dans la contracture organique. Les articulations sont rigides et les efforts faits pour mobiliser les divers segments du membre sont douloureux.

qu'on n'arrive pas à simuler parfaitement. » Chez un organique de quelques mois, la main en griffe est de règle. On parvient toujours à redresser les doigts et on éprouve alors la sensation d'une résistance élastique et trépidante qui augmente avec le degré d'extension. Si on répète souvent cet exercice, on arrive à vaincre la tendance des doigts à se mettre en griffe, au moins pour quelques instants. Dans l'hémiplégie hystérique avec contracture, la main en griffe n'est pas de règle. On n'éprouve pas à vouloir la redresser, chose très difficile et souvent impossible, la sensation d'ensemble que nous venons de signaler ; et l'extension répétée, au lieu d'amener constamment une atténuation de la griffe, ou ne fait rien, ou l'exagère par suite de la mise en œuvre de cette diathèse de contracture décrite par Charcot et Berbez (1). En terminant, nous pouvons dire avec Cestan (2) : « Les contractures chez les hystériques sont caractérisées par un degré, parfois exagéré, d'une rigidité extraordinaire, par une ténacité considérable au commencement même de l'hémiplégie, par leur forme et leur distribution bien différentes du type des contractures de l'hémiplégie organique, enfin, par les variations spontanées de leur intensité ainsi que par leur mobilité. »

De la sensibilité (3). — L'examen de la sensibilité est de

(1) Berbez, Diathèse de contracture, *Progrès*, p. 835, 9 oct. 1886.

(2) Cestan, *Arch. méd. de Toulouse*, N°s 8 et 9, 1900.

(3) Dans l'exploration de la sensibilité, il faut tenir grand compte non seulement de la profondeur à laquelle on doit enfoncer l'instrument pointu pour que la piqûre soit perçue, mais encore de l'écartement qu'il est nécessaire de donner aux pointes de l'œsthésiomètre pour que le malade ait la sensation d'une double piqûre et comprenne, en un mot, qu'il a été touché par deux pointes.

la plus haute importance. Ses troubles ont souvent la valeur de signes diagnostiques.

Ils se présentent sous la forme d'anesthésies ou d'hyperesthésies sensitives ou sensorielles, plus ou moins isolées ou réunies. Les manifestations hyperesthésiques sont à divers titres peu importantes, aussi les laisserons-nous de côté. Il en est tout autrement des manifestations anesthésiques sur lesquelles nous allons nous appesantir. Ce sont :

L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle qui, avons-nous dit, ne se trouve que dans l'hystérie.

L'hémianesthésie sensitive, moins caractéristique et plus fréquente, qui nous arrêtera longuement.

Les troubles de la sensibilité peuvent se présenter à nous sous d'autres formes bien moins intéressantes : parfois, en effet, on ne rencontre que des ilots disséminés d'anesthésie ou plus souvent d'hypoesthésie. Je ne parle pas des cas où, dans une hémiplégie, l'anesthésie revêt un aspect « morphologique » qui, comme nous le verrons en un autre chapitre, est à peu près caractéristique de l'hystérie, et de ceux où les troubles de la sensibilité font complètement défaut, tous cas dont nous nous occuperons plus loin. Nous allons étudier maintenant l'hémianesthésie sensitive.

Dans tous les cas d'hémiplégie hystérique que nous avons observés, nous avons constaté la présence d'*une hémianesthésie sensitive* nettement marquée, quelquefois même complète et totale, frappant la peau et les muqueuses, existant à tous les modes (tact, douleur, température, électricité) et fréquemment accompagnée de la perte des sens musculaire et articulaire. Elle dépasse ordinairement la ligne médiane de un ou deux centimètres et se distribue sous forme de nappe ou de plaques isolées. C'est l'un des symptômes les plus caractéristiques de la névrose hystérique et, dans le cas qui nous occupe, il est pour ainsi dire constant. Quelques

observateurs ont cependant signalé son absence : tels sont Huchard (*Thèse,* Paris, 1881), Miura, Decoux (*Thèse*, Paris, 1891) mais le fait est exceptionnel. (Voir plus loin).

On l'observe parfois dans l'hémiplégie organique sous des dehors qui rappellent beaucoup ceux de l'hémianesthésie hystérique ; de même que cette dernière elle empiète alors légèrement sur le côté sain et existe à tous les modes ; nonobstant, il y a encore entre elles des différences qui permettent de les distinguer.

Il existe chez l'organique un rapport très étroit entre les troubles de la sensibilité et ceux de la motilité, de telle sorte que l'anesthésie est plus marquée au membre supérieur qu'à l'inférieur, au tronc ou à la face ; elle est plus marquée encore à l'extrémité du membre qu'à la racine. Déjerine (*Bouchard*, t. V, p. 1016) insiste d'une façon toute particulière sur ce dernier signe : l'hémianesthésie organique, dit-il en substance, diminue régulièrement et progressivement d'intensité en remontant de l'extrémité des membres vers leur racine. Ces faits ne s'observent pas dans la paralysie hystérique.

L'anesthésie organique peut persister très longtemps, mais elle tend toujours à s'estomper et à disparaître ; le retour de la sensibilité se fait progressivement et lentement de la racine du membre vers son extrémité, elle ne procède jamais par segment de membre comme l'hystérique. Dans la paralysie organique, la sensibilité profonde (1), le sens

(1) Pour Berbez, *Thèse de Paris*, 1886, p. 78, l'anesthésie organique n'atteint pas le sens musculaire, tandis que l'anesthésie hystérique l'atteint presque toujours. Cette proposition n'est pas exacte, car nous avons trouvé le sens musculaire lésé chez des organiques purs de toute association névrosique.

des attitudes (1), sont bien plus atteints que la sensibilité cutanée, tandis que cette dernière est la plus sérieusement frappée dans l'hémiplégie hystérique. Le sens stéréognostique qui groupe les sensations diverses provenant des sensibilités cutanées et profondes pour en faire un composé auquel corresponde l'image d'un objet, peut être, dans la paralysie organique, lésé et détruit; mais dans ce cas, les sensibilités superficielles et profondes sont plus ou moins altérées; la sensibilité cutanée peut, il est vrai, être intacte en apparence, mais l'épreuve du compas de Veber prouve que le sujet apprécie fort mal les distances, les deux pointes ont besoin d'être très éloignées pour qu'il perçoive deux piqûres, et la représentation de surface est, dès lors, imparfaite. En un mot, on n'a jamais constaté au cour des lésions organiques, dit Déjerine, la perte du sens stéréognostique contrastant avec la conservation des sensibilités superficielles ou profondes. Cette perte isolée n'appartient qu'à l'hystérie (Gasne, 1898), comme dans le même ordre d'idées lui appartient encore la diminution de la perceptibilité différentielle, en dépit de la conservation intégrale de l'acuité visuelle (voir Œil hystérique, p. 26).

Les anesthésies à formes morphologiques telles que les aime l'hystérie, sont inconnues à l'hémiplégie organique, ainsi que cette variabilité suivant les moments, suivant l'état de distraction du sujet au moment où le médecin l'examine,

---

(1) Il ne faut pas confondre le sens musculaire et le sens des attitudes. Le sens musculaire nous renseigne sur la valeur de l'effort déployé, sur la quantité de force mise en œuvre à l'occasion d'un travail musculaire élémentaire; grâce à lui, par exemple, nous apprécions les différences de poids. Le sens des attitudes nous permet de connaître la position de notre corps dans l'espace et celle de ses divers segments les uns par rapport aux autres.

que l'on observe au cours des paralysies hystéro-traumatiques.

Après avoir mentionné toutes ces différences entre les deux sortes d'hémiplégie, il est une analogie qu'elles présentent et qui nous paraît assez intéressante pour devoir la mentionner : on peut observer dans l'hémiplégie organique, coïncidant ou non avec une hémianesthésie cutanée, une hémianesthésie des muqueuses envahissant une moitié du pharynx et s'étendant même à la cornée, ainsi que l'a signalé M. Grasset. On peut ainsi, suivant le côté où on les explore, constater la présence ou l'absence des réflexes cornéens et pharyngés.

L'hémianesthésie organique peut-elle persister à un état prononcé ? Probablement non (1). Marie pense que dans les hémiplégies organiques pures on n'observe qu'une diminution de la sensibilité tenant non-seulement aux lésions des centres sensitifs ou des conducteurs mais encore à l'engourdissement de la faculté d'analyse des impressions perçues (2), c'est-à-dire des sensations. La connaissance de ce fait, dit-il, nous explique ces cas où le sujet déclare ne rien sentir alors qu'il exécute un mouvement de reptation pour se soustraire à la piqûre. Cette hypoesthésie n'est pas de longue durée, elle s'atténue bientôt en quelques jours ou en quelques semaines en laissant persister les troubles moteurs (3), de telle sorte

---

(1) Les hémianesthésies *sensitivo-sensorielles*, rapportées autrefois et mises sur le compte d'une lésion du carrefour sensitif, appartiennent en réalité à l'hystérie ; il en est de même du cas de Charcot rapporté par Bardonnet dans sa *Thèse*, Lyon, 1894, p. 94, etc. — Voir Déjerine, *Semaine méd.*, N° 32, 1897.

(2) N'est-ce pas là, en somme, un des caractères de l'hystérie ?

(3) Dans l'hystérie, les troubles sensitifs sont généralement plus tenaces que les troubles moteurs.

que Marie a pu se demander si l'hémianesthésie d'origine organique pouvait persister à un état *marqué* pendant longtemps. Pour notre part nous n'avons jamais trouvé de l'anesthésie franche dans les hémiplégies datant de plus de trois semaines ; tout au plus y avait-il de l'hypoesthésie.

Quoiqu'il en soit, il est vrai que pour observer chez les organiques purs une hémianesthésie sérieuse et durable il faut, soit une altération profonde de l'écorce qui ne s'accommoderait pas de l'état général si satisfaisant d'ordinaire des hystériques et qui entraînerait une impotence *absolue* (1); soit une lésion du 1/3 postérieur de la capsule interne dans le territoire des artères lenticulo-optiques et striées postérieures, au niveau du carrefour sensitif, a-t-on dit pendant longtemps, lésion qui, il y a quelques années, était considérée comme pouvant entraîner une hémianesthésie sensitivo-sensorielle analogue à celle que l'on observe dans l'hystérie. Cette conception n'était point entièrement vraie et voici comment on envisage la question aujourd'hui :

D'après les conclusions de Déjerine et Long (2) l'hémianesthésie sensitive ne serait pas la conséquence d'une lésion du carrefour sensitif comme on l'a cru jusqu'ici, à la suite des travaux de Türck publiés en 1859 ; elle résulterait : tantôt « d'une lésion thalamique siégeant en avant du pulvinar

(1) Il ne s'en suivrait pas du reste une hémianesthésie sensorielle ; en effet, quand bien même les centres sensoriels seraient atteints, en raison de leur bilatéralité et de leur pouvoir de suppléance, on n'observerait que des troubles peu appréciables et passagers. Seule, la lésion d'un centre visuel entraînerait des conséquences frappantes, le malade serait atteint d'une hémianopsie latérale homonyme.

(2) Long, les Voies centrales de la sensibilité générale, *Thèse*, Paris, 1899.

dans la partie postérieure et inférieure du noyau externe de la couche optique, et détruisant avec les fibres terminales du ruban de Reil les fibres du neurone thalamo-cortical ; tantôt de la destruction plus ou moins complète des connexions du thalamus intact dans ce cas, avec la corticalité sensitivo-motrice ». C'est surtout dans le premier cas, c'est-à-dire lorsque la couche optique est lésée, que l'hémianesthésie est persistante.

Le carrefour sensitif a donc beaucoup perdu de l'importance que lui avait donnée Charcot puisque sa lésion n'entraînerait plus cette fameuse anesthésie sensitivo-sensorielle. Elle peut cependant provoquer de l'hémianopsie latérale homonyme à condition de siéger dans la région thalamique inférieure, mais jamais le rétrécissement du champ visuel ou l'amblyopie. Elle peut encore provoquer une diminution passagère de l'acuité auditive en frappant la partie postérieure du segment sous-lenticulaire de la capsule. Nous verrons qu'il en serait tout autrement s'il s'agissait d'une lésion protubérantielle au niveau du noyau cochléaire. Quant à la gustation et à l'olfaction elles ne sont pas intéressées. Et du reste par suite de la bilatéralité des centres auditifs, olfactifs et gustatifs une lésion unilatérale ne saurait entraîner des troubles persistants.

Les hémianesthésies pédonculaires et protubérantielles présentent les mêmes caractères à cela près que ces dernières peuvent s'accompagner de troubles unilatéraux et persistants de l'ouie, à la suite de la destruction du noyau cochléaire comme nous venons de le dire.

Ainsi donc, en résumé nous pouvons dire : il existe manifestement une hémianesthésie corticale, capsulaire, pédonculaire, protubérantielle, qui a des caractères distincts de l'hémianesthésie hystérique et ne s'accompagne jamais de troubles sensoriels unilatéraux et persistants.

L'hémianopsie est presque toujours un signe de lésion organique (1) de même qu'une amblyopie unilatérale avec conservation du réflexe pupillaire et sans lésion oculaire est une manifestation de l'hystérie.

Du signe oculaire de Mendelsohn. — (Voir page 26).

Des troubles trophiques et vaso-moteurs du côté paralysé. — Bien que les troubles trophiques aient été plusieurs fois signalés dans l'hystérie sous forme d'œdème blanc ou bleu, d'érythèmes, de pemphigus, de plaques gangréneuses, d'échymoses, d'hémorrhagies, de troubles thermiques locaux, voir même d'atrophie musculaire et osseuse, il n'en reste pas moins acquis que leur présence constitue une présomption sérieuse de lésion organique.

M. le Pr Imbert qui s'est livré à une étude approfondie de l'atrophie osseuse, l'a recherchée chez les hystériques purs et ne l'a jamais rencontrée. Ses conclusions, qu'il a bien voulu nous communiquer, sont rapportées au chapitre de l'atrophie osseuse hystéro-traumatique, où sont examinées les deux ou trois observations sur lesquelles les auteurs se sont fondés pour en affirmer l'existence.

On a signalé également l'existence de rétractions fibro-tendineuses, sans en préciser la cause : Atrophie osseuse et rétractions fibro-tendineuses qui peuvent exister dans les deux hémiplégies.

---

(1) Déjerine et Vialet ont publié dans le *C. R. de la Soc. de biol.* du 28 juillet 1894, deux cas d'hémianopsie fonctionnelle persistante chez un neurasthénique et un sujet atteint de névrose traumatique. Elle se distingue, disent-ils, de l'organique par la variabilité des limites du champ visuel et constitue un signe non susceptible de simulation. Nous considérons ces cas comme exceptionnels. Voir au chapitre de l'Œil hystéro-traumatique.

Certains ont enfin prétendu que la tension sanguine était diminuée dans l'organique et exagérée dans l'hystérique, fait qui a été contredit et doit être vérifié (1).

Des troubles de la parole. — L'organique fait de l'aphasie, l'hystérique du mutisme (2), avec quelquefois cependant conservation d'un mot. On ne confondra donc pas une hémiplégie hystérique droite accompagnée de mutisme, avec une hémiplégie organique droite compliquée d'aphasie. D'autres caractères, du reste, viendront aider : L'aphasie présentera quelques améliorations, le mutisme restera semblable à lui-même jusqu'à la guérison. L'organique fait toujours des efforts pour s'exprimer et devant son impuissance s'irrite ou s'émeut, l'hysrique généralement reste serein.

Des troubles psychiques. — Nous avons toujours vu les hémiplégiques hystériques purs, en dépit de la gravité apparente de leur état, jouir d'une quiétude d'esprit à peu près absolue tant qu'on ne les tracasse pas. L'hystérique, dirait-on, a comme l'intuition de la possibilité pour lui de guérir par un effort de volonté. L'organique souffre moralement de son état d'infériorité, à moins que ses fonctions psychiques soient altérées, auquel cas il tend à présenter du gâtisme. Nous avons vu dans des cas semblables des hystériques avoir de l'incontinence (momentanée) d'urine, probablement par hypoesthésie uréthrale mais jamais de l'incontinence des matières fécales.

L'amnésie surtout pour les faits récents, la déchéance intel-

---

(1) Haskovec, *Revue neurol.*, p. 60, 1903.

(2) L'hystérie, a-t-on dit, crée la permanence ou la continuation de cet état si particulier d'une personne qui sous l'empire d'une violente émotion reste sans voix.

lectuelle, l'émotivité, appartiennent aux organiques. La suggestibilité, la mobilité, la puérilité, « l'étalagisme » sont du domaine de la névrose. Féré, en outre, pense qu'il existe chez les hystériques un retard des réactions (Note sur le temps de réaction chez les hystériques et les épileptiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1889, pag. 67), ainsi qu'une lenteur considérable de l'association (Note sur le temps d'association, sur les conditions qui le font varier et sur les conséquences de ces variations, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1890, pag. 173).

Conclusions. — Nous venons d'exposer les symptômes susceptibles de nous permettre de distinguer les deux hémiplégies (1). Nous avons vu que tel permettait d'affirmer l'existence d'une lésion organique, que tel autre dépendait assurément de l'hystérie, qu'aucun ne permettait d'écarter l'hypothèse d'une association. Chemin faisant, nous avons insisté sur ceux qui, dans certaines conditions indiquées, constituaient *en faveur d'une lésion organique*, les uns des signes de présomption, les autres des signes de certitude. Le médecin devra les rechercher tout d'abord. Deux cas, dès lors, peuvent se présenter :

---

(1) Nous laissons de côté ces pseudo-hémiplégies constituées par la présence simultanée d'un même côté du corps d'une monoplégie brachiale et d'une monoplégie crurale. Leur diagnostic n'a rien de spécial. Berbez ne devait avoir vu que des formes semblables puisque implicitement il n'admet pas l'hémiplégie vraie hystéro-traumatique. Decroux partageait son opinion ; nous lisons, en effet, dans sa *Thèse*, de la Paralysie faciale hystérique, p. 28 ; Paris, 1891 : « L'hémianesthésie hystérique se différencie de l'organique en ce qu'elle respecte certains territoires de la surface du corps : le thorax, l'abdomen, les organes génitaux externes, le dos, les lombes sont intacts, tandis qu'ils sont envahis dans l'hémianesthésie organique ».

Premier cas. — Il existe soit un ou plusieurs signes de certitude, soit un faisceau de signes de présomption. Dans ces conditions, le médecin devra conclure à l'existence d'une lésion organique et en rechercher la nature, l'évolution, les conséquences probables. Cela fait, il se posera la question suivante : Cette lésion organique tient-elle sous sa dépendance tous les symptômes présentés par le malade, ou parmi eux y en a-t-il certains qui relèvent uniquement de l'hystérie ? Il recherchera donc les stigmates de la grande névrose et les caractères qu'elle imprime aux symptômes qu'elle fait naître. Si ses investigations amènent un résultat positif, il portera le diagnostic d'association névroso-organique et s'appliquera à attribuer à chacune des deux affections les troubles morbides dont elle est la cause. Il ne lui restera plus dès lors qu'à apprécier la mesure dans laquelle le traumatisme est responsable de leur apparition, à porter son pronostic et à évaluer le préjudice subi par le sinistré, la diminution de sa valeur économique.

Deuxième cas. — Il n'existe pas de signes permettant de supposer une lésion organique. Le sujet est un hystérique ou l'hémiplégie présente certaines des allures propres à l'hystérie. L'expert devra alors se résoudre à porter le diagnostic d'hystéro-traumatisme, en se souvenant qu'il est arrivé plus d'une fois à de grands médecins d'être obligés, de par l'évolution, d'abandonner le diagnostic d'hémiplégie hystéro-traumatique pure adopté d'abord, pour prendre celui d'hémiplégie organique plus ou moins associée à des troubles hystériques.

Ces conclusions sont applicables à toutes les formes de l'hystéro-traumatisme que nous avons étudiées.

Observation personnelle. — *Hémiplégie hystéro-traumatique, paralysie faciale systématique.* — R. D., 27 ans, manœuvre.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique, mère rhumatisante, un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Convulsions dans l'enfance ; rougeole à 5 ans, typhoïde à 18. Pas de syphilis, pas d'éthylisme.

Histoire de la maladie. — Travaillait sur un échafaudage élevé de 2 m. 50 au-dessus du sol, quand mettant par mégarde le pied sur un porte à faux, il tombe par le côté droit sur un tas de sable. Il ne perd pas connaissance et se relève aussitôt avec l'aide d'un camarade. Fortement ému, il tremble et chancelle. Le coude, l'épaule et la hanche sont légèrement contusionnés. La journée étant sur le point de finir, il rentre chez lui et accomplit ainsi, appuyé sur une canne et traînant la jambe droite, une centaine de mètres. Il parle d'une façon saccadée et convulsive, ne mange presque rien au repas du soir et va bientôt se coucher, accusant des douleurs et des fourmillements dans les membres du côté droit. Dans la nuit, il est agité et ne peut dormir. Le lendemain, la jambe droite est faible et comme enraidie, dit-il. Cette faiblesse va en s'accentuant et le matin du cinquième jour, après une nuit troublée de cauchemars au cours desquels il se voyait privé d'une moitié du corps, il se réveille hémiplégique du côté droit.

Examen au dixième jour. -- Le côté gauche est normal. Le côté droit est le siège des troubles suivants :

Parésie du facial inférieur. — La commissure labiale est abaissée, le sillon naso-labial est moins marqué, la joue est flasque, la bouche ouverte a la forme d'un point d'exclamation à grosse extrémité située du côté gauche. Les mouvements de la commissure labiale s'effectuent très lentement et sans force. Le malade ne peut éteindre une allumette à 0 m. 15, il ne peut siffler. Les aliments s'accumulent entre la joue et les arcades dentaires. La langue est intacte. La parole est nor-

male, les lettres b, p, m, sont prononcées parfaitement ; il semble même que pendant l'émission des sons, les lèvres recouvrent toute leur intégrité fonctionnelle. La paralysie faciale serait donc systématique.

Le *signe du peaucier* est positif : les deux peauciers se contractent également.

Paralysie du membre supérieur. — Le bras pend inerte le long du corps et en dépit d'efforts considérables, le malade suant et soufflant, ne parvient à lui faire exécuter que de très faibles mouvements dans le plan antéro-postérieur. L'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras ; les mouvements de pronation et de supination, ceux de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras ne s'effectuent que très péniblement. Les doigts, au contraire, semblent jouir de leurs mouvements, mais ils sont très affaiblis. Le dynamomètre marque 20 à droite et 95 à gauche (le malade était droitier).

La manœuvre décrite par Babinski sous le nom de flexion exagérée de l'avant-bras nous indique une tonicité normale. Le signe d'Hœslin est en faveur de la paralysie hystérique. Enfin, si après avoir soulevé le bras nous l'abandonnons à l'improviste, il plane un instant puis se décide à tomber avec une lenteur peu en rapport avec la faiblesse des muscles élévateurs.

Paralysie du membre inférieur. — Les mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction de la cuisse sont très peu étendus. Couché, le malade peut à peine soulever le talon à $0^{m},20$ au-dessus du plan du lit ; assis, il lui est impossible de croiser la jambe droite sur la gauche. Les mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse sont mieux conservés, mais moins cependant que ceux du pied.

Dans la position gynécologique et dans celle de Pierre Marie,

le membre droit retombe aussitôt sans s'incliner de préférence soit en dedans soit en dehors. Dans la manœuvre de la flexion combinée de la cuisse et du tronc, les deux pieds s'élèvent également de $0^{m},10$ environ au-dessus du plan du lit et les deux épaules restent dans le même plan frontal.

Debout, le sujet s'incline vers la gauche prétendant que la jambe droite se fatigue très vite et ne peut supporter le poids du corps.

Dans la marche en avant, il part du pied gauche puis ramène son membre droit à la façon d'un corps inerte, le pied droit s'arrêtant à 20 centimètres environ en avant du gauche : le pied droit racle le sol par son bord interne ; dans le pas postérieur il racle au contraire par son bord externe. Dans la marche de flanc le pied traîne tout entier aussi bien dans un sens que dans l'autre.

Les actions motrices de mobilisation et de stabilisation sont donc atteintes dans tous leurs modes. Les troubles parétiques ne prédominent sur aucun des groupes articulo-moteurs.

Sensibilité. — La sensibilité superficielle est abolie dans tous ses modes (tact, douleur, température) sur la peau et les muqueuses de toute la *moitié* droite du corps. La sensibilité profonde, le sens musculaire, le sens des attitudes, le sens stéréognostique sont fort altérés. Toutefois, une pression pratiquée dans la fosse sous-épineuse détermine une vive douleur ; la respiration devient irrégulière, le pouls s'accélère, la pupille droite se dilate puis se ressère, le bras est agité de mouvements involontaires et le malade se plaint d'étouffer ; il existe donc à ce niveau une zône hystérogène.

Les sensibilités gustative et olfactive sont très diminuées du côté droit. Le champ visuel de l'œil droit est rétréci concentriquement avec inversion du champ des couleurs. Il existe, disons-le en passant, un nystagmus latéral des deux

yeux dont le malade et son entourage ne s'étaient pas jusque-là aperçus.

Réflectivité. — Les réflexes tendineux sont normaux, peut-être le rotulien est-il exagéré ; il n'y a pas de clonus du pied, mais par contre on note de la danse de la rotule très accusée. Les réflexes cutanés sont exagérés. Il n'y a pas de Babinski. — Les réflexes muqueux sont abolis. Il existe de la dermographie sur tout le corps et les piqûres saignent moins à droite qu'à gauche.

Il prétend avoir eu de l'incontinence d'urine le premier jour.

Nous ne relevons rien de morbide par ailleurs, les fonctions psychiques s'effectuent normalement ; il en est de même des autres.

Evolution. — 55 jours s'étaient écoulés sans qu'aucune modification se fût produite dans l'état du malade, lorsque un soir, sa famille le vit entrer au logis, le visage défait, mais marchant comme avant sa paralysie. Voici ce qui s'était passé : Je cheminais, dit-il en substance, sur le sentier qui longe la rivière, quand tout à coup, une pierre ayant roulé sous mon pied, je tombai. Par un hasard providentiel, un plant d'osier se trouvait là. Comment ma main paralysée put-elle le saisir au passage et se trouva-t-elle assez forte pour me tenir suspendu au-dessus de l'eau ? Comment pus-je me tirer de là par mes seules forces, car personne ne répondit à mes appels ? Toujours est-il que, remonté sur le sentier, je m'éloignai rapidement, l'esprit profondément troublé, sans songer à chercher le bâton sur lequel je m'appuyais quelques instants auparavant.

Dans la suite, ayant revu le malade, nous ne trouvâmes plus les troubles divers que notre premier examen nous avait révélés. Il se plaignait encore de raideur et de fourmillements dans le bras et la jambe, mais, en somme, il était guéri.

Observation inédite due a l'obligeance de M. le Pr Grasset. — *Hystéro-traumatisme à forme d'hystérie convulsive et d'hémiparésie hystérique tardive.* — J..., soldat au 2e génie, entre le 18 février 1903, dans le service de M. le Pr Grasset.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A l'âge de 16 ans, il fait une chute de bicyclette qui n'occasionne que de légères contusions sans plaie ni fracture, mais il perd connaissance. Transporté chez lui, il a des crises convulsives généralisées qui se reproduisent une ou deux fois par jour pendant huit semaines. Tout rentre dans l'ordre au bout d'un mois ; le malade n'a plus de crises et s'engage en juillet 1901.

En août 1902, pendant les manœuvres, le malade réalise au cours d'une marche une crise convulsive d'hystérie, qui ne le laisse pas très fatigué, puisqu'après une heure de repos il peut se remettre en marche comme les autres. La crise se renouvelle chaque jour pendant trois jours. Dirigé sur Montpellier, il entre à l'infirmerie où il a encore des crises pendant huit jours.

En septembre, il reprend son service.

En janvier 1903, les crises réapparaissent et se produisent tous les jours, vers les huit heures du soir, pendant huit jours.

Le 8 février, elles se reproduisent deux fois par jour ; le 18, le médecin-major le fait entrer à l'hôpital.

Il sent venir sa crise et a le temps de se coucher, de s'allonger sur son lit. La crise débute par une aura caractérisée par une sensation de boule qui part du creux épigastrique et remonte à la gorge où elle provoque la sensation d'étouffement ; le malade perd alors complètement connaissance, son corps raidi se met en opisthotonos ne reposant quelquefois sur le plan du lit que par la tête et les pieds ; à ces convul-

sions toniques font suite des convulsions cloniques avec grands mouvements, sans émission de cris. Peu à peu le sujet revient à lui et se met à pleurer sans savoir pourquoi. La crise a duré dix à vingt minutes, il ne se souvient de rien de ce qui vient de se passer et se sent un peu brisé. Jamais il n'a uriné sous lui, jamais il ne s'est mordu la langue.

Motilité. — Depuis quelques jours, il se sent plus faible de la jambe gauche et perçoit plus facilement la fatigue de ce côté. Les mouvements du pied, de la jambe, de la cuisse sont conservés. Mis dans la *position gynécologique*, la jambe gauche retombe sur le plan du lit bien plus tôt que la droite. Mis dans la *position de Pierre Marie*, la cuisse gauche résiste moins bien que la droite au mouvement d'extension que l'observateur s'efforce de lui imprimer. Dans l'épreuve de la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*, le malade s'assied facilement sans que les jambes abandonnent le plan du lit, elles restent l'une et l'autre immobiles. La *marche* dans les différents sens s'accomplit normalement. Les *réflexes* sont normaux.

Sensibilité. — On constate une anesthésie généralisée à tout le corps et aux trois modes. Cependant, malgré son anesthésie, le malade peut piquer des épingles sur la manche de son uniforme sans se piquer lui-même ; il peut boutonner sa chemise et reconnaît très bien le bouton et la boutonnière. Bien qu'il y ait de l'anesthésie plantaire et qu'il prétende ne pas sentir le sol, la marche est absolument normale, que les yeux soient ouverts ou fermés. Aucun trouble kinesthésique ; mais anesthésie conjonctivale et pharyngée, hypoesthésie testiculaire plus marquée à droite. La pression du creux épigastrique ne détermine aucune douleur. Il n'y a pas de zônes hystérogènes.

Le champ visuel est très rétréci des deux côtés sans dyschromatopsie.

Rien à signaler du côté des autres appareils.

Examen du 1er mars. — Les signes de faiblesse du membre inférieur gauche sont bien moins nets. La sensibilité est revenue en partie, il n'y a plus qu'une hypoesthésie gauche. Les crises se sont espacées.

M. le Pr Grasset fait suivre cette observation des remarques suivantes :

1° Les signes extrinsèques sont très nets, le sujet est un hystérique, mais l'hémiplégie est-elle de nature hystérique ? C'est ce que l'étude des signes intrinsèques va nous démontrer.

2° Tous les groupes articulo-moteurs sont incomplètement mais également atteints.

3° Intégrité du facial et de l'hypoglosse.

4° Les réflexes tendineux sont normaux.

5° Anesthésie typique avec conservation des mouvements automatiques.

6° Pas de troubles trophiques.

7° Psychisme normal.

8° Dans la flexion combinée de la cuisse et du tronc, les jambes demeurent dans le même plan horizontal.

9° La marche est normale.

10° Dans les positions gynécologique et de Pierre Marie, le sujet se comporte comme un organique, ce qui est normal puisqu'il s'agit d'actions motrices conscientes de stabilisation, altérées chez l'hystérique comme chez l'organique.

Il s'agit donc bien de manifestations uniquement névrosiques.

Observation inédite due a l'obligeance de M. le Pr Grasset. — *Hémiplégie hystéro-traumatique.* — M..., 29 ans, journalier, travaillait le 7 novembre 1902 au nettoyage d'une cuve dans une campagne des environs de Saint-Gilles.

Le travail terminé il monte à l'échelle pour sortir de la cuve, quand l'échelle glisse et M... tombe d'une hauteur de 3 à 4 mètres sur les pieds ; il s'appuie à la paroi de la cuve et reste debout. Il prétend avoir perdu connaissance. Il éprouva de la lourdeur de tète et surtout une douleur dans la région dorsale interscapulaire. Peu après, il replace l'échelle et sort de la cuve sans avoir été aidé par personne. Il suspend tout travail ; ses jambes sont enraidies mais il peut parfaitement marcher. Le soir il ne se met pas à table avec les autres domestiques, il se fait donner un bouillon tandis qu'autour de lui on se moque de son accident. Il prétend avoir vomi alors un 1/2 litre de sang caillé noir. Il se couche mais ne dort pas. Le lendemain il éprouve de la faiblesse dans les jambes, il a de la difficulté pour marcher et il traîne la jambe gauche ; il crache un peu de sang rouge sans tousser. On fait alors transporter le malade à l'hôpital de Saint-Gilles, où il se paralyse bientôt du bras gauche et devient ainsi hémiplégique. On lui applique dans la région interscapulaire, là où il accuse de la douleur, une série de pointes de feu qui n'amènent aucune amélioration.

Le 10 décembre il entre dans le service de M. le Pr Grasset où il est examiné.

Antécédents personnels. — Typhoïde il y a trois ans, pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

État actuel, (le 15 décembre). — Depuis son accident le malade se plaint d'une douleur entre les deux épaules, de vomir de temps en temps un peu de sang et d'être paralysé de tout le côté gauche.

Motilité. — A droite : normale ; à gauche : paralysie incomplète, car il peut remuer les doigts de la main, fléchir et étendre la main sur l'avant-bras, l'avant-bras sur le bras, rapprocher et écarter le bras du tronc. Tous ces mouvements,

très limités du reste, se font très lentement, péniblement semble-t-il, et un peu par saccades. Au dynamomètre l'aiguille se déplace à peine de quelques degrés.

Étendu sur le lit, il soulève très lentement en faisant de très grands efforts le membre inférieur ; la flexion et l'extension de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse se font péniblement.

Il n'y a pas de paralysie faciale, la langue n'est pas déviée.

Marche. — Il traîne la jambe gauche dans tous les sens.

Réflexes. — Abdominal exagéré des deux côtés, pas de Babinski ; le réflexe rotulien est exagéré des deux côtés ; pas de danse de la rotule ; pas de trépidation épileptoïde.

Sensibilité. — Anesthésie conjonctivale ; anesthésie pharyngée ; hémianesthésie gauche s'étendant aux membres, au tronc, à la face, complète au tact, à la température, à la douleur. Les muqueuses ont des deux côtés une sensibilité normale. Les doigts de la main gauche étant entrelacés avec ceux du côté sain, il sent très bien quand on pique ceux de la main droite et n'accuse aucune sensation lorsque l'épingle frappe ceux de la main gauche. Il ne s'est jamais laissé prendre en défaut. Sensibilité testiculaire normale ou un peu exagérée. Pas de zones hystérogènes bien marquées.

Organes des sens. — Le champ visuel de l'œil gauche est très rétréci pour le blanc, un peu moins pour le rouge.

Vaso-motricité. — Les piqûres ne saignent pas du côté anesthésié, tandis qu'à doite le sang apparaît très facilement.

Le diagnostic porté est hystéro-traumatisme. Le Pr Grasset prescrit comme traitement une douche tiède tous les matins et des courants à haute fréquence.

Examen du 10 février. — Pendant le séjour du malade dans la salle, on a constaté souvent du sang dans son cra-

choir. Il prétendait l'avoir vomi, attirait toujours l'attention sur ce phénomène qui paraissait le préoccuper fort. Le sang toujours en petite quantité était dilué et mélangé à de la salive.

La motilité est ce qu'elle était lors du dernier examen ; la force de stabilisation est très faible. Si on le met dans la position de Pierre Marie, la jambe gauche retombe aussitôt d'elle-même : la jambe droite résiste très peu à la pression. Si on le met dans la position gynécologique, la jambe gauche retombe aussitôt Dans la flexion combinée de la cuisse et du tronc, il fait effort mais n'aboutit à rien : ni les jambes, ni le tronc ne quittent le plan du lit ; la jambe gauche ne se soulève pas du tout. Si on presse sur les genoux pour lui donner un point d'appui, il ne se relève pas davantage.

Dans la marche en avant, il traîne la jambe gauche, il ne fauche pas et racle le sol avec tout le pied. Dans la marche de flanc, il marche également mal des deux côtés. Quand il va de gauche à droite, il déplace très bien son pied droit, mais traîne sa jambe gauche comme une masse inerte et on entend le pied gauche racler le sol tout le temps que le malade le ramène vers le droit. Quand il marche de droite à gauche il ne soulève pas le pied gauche pour l'envoyer de côté, mais le pousse et le pied racle tout le temps le sol avec lequel il ne perd pas contact un seul instant. Il soulève, au contraire, rapidement le pied droit pour le porter près du gauche.

Psychisme. — Il trouve qu'on ne s'occupe pas assez de lui et cherche à attirer l'attention par une foule de petits moyens. Il aime bien de traverser toute la salle pour gagner son lit, au moment de la visite, traînant avec bruit sa jambe impotente.

Autres appareils. — Rien à signaler.

En terminant cette observation, il nous reste deux points importants à signaler :

1° Au moment de son accident, il habitait une campagne

près de Saint-Gilles. Or à Saint-Gilles, en octobre 1901, un ouvrier à la suite d'un accident de travail a été atteint d'hystéro-traumatisme, se traduisant par des vomissements de sang répétés, de l'hémiplégie avec hémianesthésie gauche ; cet ouvrier a fait plusieurs séjours à l'hôpital de Saint-Gilles et à celui de Montpellier. Notre malade prétend qu'avant son entrée à l'hôpital de Saint-Gilles il ne connaissait pas ce cas-là, ce qui est au moins étonnant.

2° Dans sa table de nuit on a trouvé une lancette. Ne s'en servirait-il pas pour faire saigner ses gencives ?

Discussion. — M. le P[r] Grasset, après avoir rapporté ce cas, a fait observer combien l'hémiplégie de ce malade différait de l'hémiplégie organique.

1° La distribution de la paralysie est diffuse et non limitée à un groupe articulo-moteur ou prédominante sur l'un d'eux, *tous* les mouvements sont *également* pénibles et lents.

2° Il n'y a pas de paralysie faciale, ni de déviation de la langue.

3° Les réflexes rotuliens sont exagérés, mais ils le sont également des deux côtés. Il n'y a pas de danse de la rotule, de trépidation épileptoïde et de signe de Babinski.

4° Il y a une hémianesthésie de tout le côté gauche, face comprise, avec un fort rétrécissement du champ visuel de ce côté.

5° Il y a des troubles vaso-moteurs. Les piqûres du côté gauche ne saignent pas, ou saignent plus tard et moins qu'à droite.

6° Il n'y a pas ni amnésie ni émotivité, mais par contre un psychisme constamment en éveil et étalagiste.

7° Dans la flexion combinée de la cuisse et du tronc il se comporte comme un hystérique et non comme un organique.

8° Dans la marche en avant, il ne fauche pas et racle le sol avec tout le pied et non simplement avec un bord.

9° Dans la marche de flanc, il marche aussi mal d'un côté que de l'autre.

10° Il n'y a que dans les positions gynécologique et de Pierre Marie qu'il se comporte comme un organique, mais il s'agit ici d'actions conscientes et nous savons qu'elles sont atteintes dans l'hystérie.

Nous dirons donc que le sujet est atteint d'une hémiplégie hystéro-traumatique, en faisant remarquer que dans une certaine limite il exagère et trompe (lancette).

De quelques formes rares de l'hémiplégie hystéro-traumatique.— L'aspect de l'hémiplégie capsulaire n'est pas le seul que l'hystérie traumatique à forme hémiplégique se plaise à revêtir. Elle peut se présenter à nous, sous des formes plus rares que nous allons rapidement passer en revue.

Syndrome de Veber hystéro-traumatique. - L'hémiplégie pédonculaire ou syndrome de Veber, constituée par la paralysie de la face et des membres d'un côté, jointe à celle de l'oculo-moteur commun de l'autre côté, est une des manifestations les plus rares de l'hystérie. Charcot en a publié la première observation (*Clinique des maladies du système nerveux*, 1892, et *Arch. de Neurol.* 1891, p. 338), Higier en août 1893 en a rapporté un deuxième cas dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, Géraud et Remlinger en ont cité un troisième dans le *Bull. méd.* 1894, p. 369 ; il s'agissait d'un sujet qui, au cours d'une fièvre typhoïde, présenta un syndrome de Veber en même temps que des manifestations hystériques très nettes (crises, etc.). L'autopsie fut pratiquée un mois après et n'amena la découverte d'aucune lésion de l'encéphale. En 1902, nous eûmes l'occasion d'en observer un quatrième cas à la clinique du P[r] agrégé Rauzier, il s'agissait d'un soldat qui, atteint dans le pli palpébro-jugal droit par la lame cassée d'un fleuret, perdit brusquement connais-

sance pour se relever avec une hémianesthésie gauche, une hémiplégie gauche complète, facial et hypoglosse compris, et une paralysie du moteur O. C. droit. On trouvera l'observation détaillée de ce cas très intéressant, puisqu'il nous montre l'influence du trauma sur l'apparition et la forme de l'hystérie, dans la *Thèse* de Mlle Pouchovsky (Montpellier 1902) et dans l'article de MM. Bichelonne et Boucarut, publié par la *Revue de méd.*, mai 1903.

Syndrome de Milliard-Gübler hystéro-traumatique. — Nous laissons de côté ces cas d'hémi. et de diplégie unilatérales hystériques où la paralysie faciale est remplacée par un hémispasme du même côté qui, attirant à lui la joue et la commissure saines, donne l'impression d'une paralysie de la moitié opposée de la face et fait ainsi songer à ces paralysies alternes bulbo-protubérantielles de Milliard-Gübler, caractérisées symptomatiquement par la paralysie des membres d'un côté et de la face du côté opposé. Ces faux syndromes de Milliard-Gübler sont connus depuis Charcot, Rendu, (*C. R. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 10 déc. 1891), Debove, Gouraud qui en ont publié des exemples. Nous voulons parler de la vraie paralysie alterne due, non pas à une lésion organique, mais à l'hystérie. Les observations publiées n'en sont pas fréquentes. Nous signalerons celles de Seeligmüller (*Deutsche méd. Wochenschrift*, 1884, nº 42), de Tournant (*Thèse*, Paris, 1892), (et encore, dans ce cas-ci, ne s'agit-il pas du syndrome complet : le malade ne présentait, avec la paralysie d'une moitié de la face, que celle du membre supérieur du côté opposé) ; de Gouraud et Martin-Durr, (Syndrome hystérique simulateur d'une lésion protubérantielle, *Arch. gén. de méd.*, mars 1892) ; d'Anfimow (*Revue russe de psych. et de neurol.*, 1896, nº 1) ; enfin, de Crocq fils et Marlow (*Journal de neurol. et d'hypnol.* de Bruxelles, 20 avril 1898).

Hémiplégie avec hémichorée ou hémitremblement de nature hystéro-traumatique. — Le cas le plus intéressant est celui de Charcot et Debove (*Soc. méd. des hôp.*, 1879). Sa véritable nature, longtemps méconnue, fut révélée par l'évolution.

Hémianesthésie située du côté opposé à l'hémiplégie hystéro-traumatique. — Le fait a été signalé par P. Marie dans son article Hémiplégie, du traité de Brouardel. L'observation sur laquelle il se fonde et qui, du reste, est la seule de ce genre que nous ayons trouvée, ne nous semble pas démonstrative.

Le diagnostic de la nature de ces quatre formes d'hémiplégie, est toujours délicat.

On devra l'établir pour chaque groupe de manifestations : hémiplégie, paralysie du moteur O. C., paralysie faciale. On n'a qu'à se reporter au chapitre où sont traités chacun de ces syndromes pour en trouver les éléments.

Ajoutons aux divers travaux signalés dans le cours de cette étude des hémiplégies, les publications suivantes : Bondet et Piéry, Contribution à l'étude des accidents nerveux causés par les courants industriels, *Province méd.*, Lyon, 1901, XVI, pag. 157-162 et 177-179 ; — Bouchard, Monochorée arythmique hystérique et hémichorée hystérique, *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1898, pag. 551 ; — Carrière et Huyghes, Hémichorée arythmique hystérique émotionnelle guérie par suggestion, *Presse méd.*, 1899, pag. 197 ; — Comby, Apoplexie hystérique avec hémiplégie par fulguration, *Soc. méd. des hôp.*, mai 1894 ; — Dufour et Chaix, Clonus du pied et hémiparésie chez une hystérique, *Revue neurol.*, 1903 ; — Dupré et Pater, Hémiplégie hystérique chez un octogénaire,

Soc. de Neurol., 5 mars 1903. — Helot, Étude sur quelques cas d'hémiplégie hystérique, *Thèse de Paris*, 1870 ; — Jaylac, Deux cas d'hémiplégie hystéro-traumatique, *Echo méd.*, Toulouse, 1901, 2e s., XV, pag. 152 ; — Kalkoff, Beitrage zur differential diagnose der hysterischen und der kapsularen hémianesthésie, *Halle*, 1884 ; — Lévy, Trépidation épilept. hystérique, etc., *Revue neurol.*, Paris, 1900, N° 5, VIII, pag. 628-630 ; — Marie P., Hystéro-traumatisme, *Tribune méd.*, 1902, XXXV, 2e s. ; — Marinesco, Un cas d'hémiplégie hystérique guérie par suggestion hypnotique et étudiée à l'aide de la chronophotographie, *Revue de l'hypnot. expérim. et thérap.*, Paris, 1900, XIV, pag. 214-215 ; — Raymond, Hémiplégies organique et hystérique, *Journ. de méd. int.*, 15 oct. 1902 ; — Roth, Diagnostic des hémiplégies, *Journal des praticiens*, 1900, XIV, pag. 648 ; — Schüller, Sur la valeur diagnostique de la marche des hémiplégiques, *Congrès de Madrid*, 1903 (section de neurologie) ; — Szuman, Ueber die Anomalien der Reflexe (insbesondere des Patellarreflexes), und die sie begleitenden Sensationen in Fallen von Neurosen, *Arch. für Psych.*, *Bd* XXXVI, 2, pag. 630 ; — Winter, Hémiplégie hystérique traitée par la suggestion, *Méd. Neurs*, 4 janv. 1902.

PARALYSIE ET CONTRACTURE DES MUSCLES DE LA FACE DE NATURE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE

Paralysie faciale. — Jusqu'à ces vingt dernières années, la paralysie faciale était considérée comme l'indice absolu d'une lésion organique. Jusqu'en 1887, en effet, lorsqu'on se permettait de parler d'une paralysie faciale de nature névrosique, le Parisien bien pensant hochait dubitativement la tète : Todd avait dit en 1856 (1), « la paralysie hystérique n'occupe que très rarement la face, jamais peut-être ! » — Hasse (2), Rosembach (3), Weir Mitchel (4), la niaient presque. Le maître de la Salpètrière n'y croyait pas. — Quelques auteurs avaient bien publié çà et là des cas de paralysie faciale hystérique : Mesnet, en 1857 ; Briquet, en 1859 (p. 460) ; Pipet, en 1862 ; Lebreton, en 1868, (*Thèse*, Paris, p. 147) ; Hélot, en 1870, pour ne citer que des Français ; mais leur sagacité, leur clairvoyance étaient mises en doute, et Charcot déclarait dans la *Semaine médicale* de 1887.

---

(1) *Clinical lectures on paralysis certain diseases of the Brain*, 2e édit., p. 20 ; *Lect. XIII, on hemiplegia*, p. 277.

(2) Krankeiten des nerv. *in* Virchov's, *Handbuch der Path.*, etc., Erlangen, 1869.

(3) *Erlenmeyers Centralblatt*, 1879.

(4) *Lectures on diseases of the nervous system especially on woman*, p. 25, Philadelphia, 1885.

p. 37, et dans les *Leçons du mardi*, 1888, t. I, p. 299, que la paralysie faciale hystérique n'existait pas, que dans les cas publiés il s'agissait non de paralysie, mais de spasme, et autour de lui, dans leurs thèses : Achard, en 1887 ; Brissaud et Marie dans le *Progrès méd.* de 1887, pp. 84 et 128, et Belin, en 1888 ; Mlle Edwards, en 1889, et Michaud, en 1890, publiaient à l'appui des idées du maître de nombreux cas d'hémispasme glosso-labié. La région cervicale semblait donc constituer une zone frontière que la paralysie hystérique n'avait pas le droit de franchir. C'est alors que Lombroso (1), mais surtout Chantemesse (2) ; Ballet (3) ; Bonnet, en 1890 ; Boinet, en 1891, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, p. 4 ; Babinski (4) ; Kœnig (5), présentèrent des cas de paralysie faciale hystérique indiscutable, devant lesquels Charcot dut s'incliner. Elle acquérait, dès lors, le droit de cité et elle est admise par tout le monde aujourd'hui.

Bien qu'en général la paralysie faciale hystéro-traumatique coïncide avec une paralysie des membres, ordinairement du même côté, elle peut aussi dans certains cas exister seule et constituer ainsi l'unique manifestation de l'hystérie traumatique. Elle ne frappe ordinairement que le facial inférieur, mais dans des cas exceptionnels elle peut : ou n'atteindre qu'une partie des muscles innervés par ce nerf (buccinateur, grand zygomatique, par exemple), réalisant ainsi un type de paralysie dissociée, ou envahir le domaine du facial tout entier et

(1) Paralysie faciale hystérique. *Lo sperimentale*, 1886 et 1888.

(2) De la paralysie faciale hystéro-traumatique. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, p. 797, 24 oct. 1890.

(3) Paralysie du facial inférieur hystéro-traumatique, *ibidem*, 15 mai et 21 nov. 1890.

(4) *Ibidem*, pp. 706, 738, 867. 1892.

(5) *Neurol. Centralblatt*, p. 337. 1892.

frapper de la sorte le facial supérieur aussi bien que l'inférieur.

Comme les autres manifestations de l'hystéro-traumatisme, elle s'installe soit très rapidement, immédiatement par exemple aprè les traumatisme, soit à la suite de la traditionnelle période de méditation. Une fois constituée elle réalise dans bien des cas un habitus extérieur qu'il est fort difficile de distinguer de celui revêtu par la paralysie organique, comme nous allons le voir.

La partie de la face innervée par le nerf paralysé est presque lisse, les rides sont effacées ou diminuées, le sillon nasolabial moins marqué ; la commissure est abaissée ; l'aile du nez apparaît parfois un peu tombante. L'interligne labial n'est plus horizontal mais un peu oblique de haut en bas et du côté sain vers le côté malade ; la déformation s'accentue lorsqu'on fait ouvrir la bouche au malade ; l'ouverture est moins large du côté paralysé ; on se trouve en somme en présence du point d'exclamation classique.

A la palpation les masses musculaires sont flasques ; elles ont perdu leur tonicité, par rapport à celles du côté sain.

Les mouvements volontaires s'effectuent avec bien moins de force, d'énergie, de vitesse et de précision que du côté sain (1). Dans l'action de souffler, la joue du côté malade

---

(1) Féré a fortement insisté sur le soin que l'on devait apporter à l'examen des actions motrices dans leurs divers modes (*Revue philosophique*, t. XXVIII, p. 37, 1889). Il a surtout appelé l'attention sur l'examen des mouvements de la langue (*C. R. de la Soc. de Biol.*, pp. 67 et 278, 1889 ; *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, p. 168, 1890). Il y a souvent, ajoute-t-il, hypertonicité du côté opposé à la paralysie (Sensation et mouvement, étude de psycho-mécanique, *in Bibliothèque de philosophie contemporaine*, p. 28, 1887, et *on Paralysis by exhaustion*, *Brain*, t. XI, p. 208, 1888). Voir, en outre, le travail de Féré et Ouvry, *Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, p. 454, 1892.

résiste moins et se gonfle plus que l'autre : les lèvres sont impuissantes à maintenir l'air sous pression dans la bouche : il s'échappe du côté paralysé. Le malade ne peut guère siffler, la prononciation des labiales laisse fort à désirer et la parole est moins distincte qu'à l'ordinaire (1). — Les divers mouvements des lèvres se font mal. La commissure malade peut à peine s'écarter latéralement et se porter en haut et en dehors (Grand zygomatique) ; les aliments s'accumulent entre la joue et les arcades dentaires (parésie du buccinateur), etc.

La force de situation fixe dans ses diverses modalités est, elle aussi, atteinte. Commande-t-on au malade de maintenir telle partie du visage, la commissure par exemple, dans la position qu'un mouvement quelconque lui a donnée? Il y réussit mal ou ne le peut. Le prie-t-on de s'opposer ou tout au moins de résister à un mouvement passif ? La force qu'il met en œuvre est bien inférieure à celle qu'il déploie du côté sain, toutes choses étant égales d'ailleurs.

Le facial supérieur est rarement pris et même beaucoup d'auteurs semblent dire qu'il ne l'est jamais en dehors des paroxysmes, c'est-à-dire à l'état permanent. De ce nombre est Gilles de la Tourette qui dit cependant dans son *Traité de l'hystérie* : « Decoux (observation X) et Lebreton (pag. 147) dans leurs thèses en ont cité des exemples, mais il ne s'agit pas là vraisemblablement de paralysies faciales hystériques ». Quant à nous, après avoir soigneusement étudié les cas publiés et ceux qu'il nous a été donné d'observer, il nous paraît

---

(1) Il faut faire la part, bien entendu, des troubles de la prononciation, dus à une insuffisance motrice de la langue, secondaire à du spasme ou à de la paralysie, cette dernière étant cependant fort rare, si elle existe.

conforme à la vérité de dire que le facial supérieur n'est pas à l'abri des atteintes de la paralysie hystérique. (Voir à ce propos : Richer, p. 192).

A côté des symptômes paralytiques, on observe fréquemment des manifestations spasmodiques. Dans ce cas, le spasme siège en général du côté opposé à celui occupé par la paralysie ; il s'installe d'ordinaire à la langue ou au visage et frappe rarement d'autres régions. Cependant on a noté sa présence au niveau du cou, sur le peaucier par exemple (Gilles de la Tourette).

Il est donc exceptionnel, comme l'a dit Babinski (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, pag. 868, 1892), de voir dans un cas de paralysie faciale les troubles moteurs limités à un seul côté ; le plus souvent, en effet, les deux côtés sont intéressés, soit qu'il s'agisse d'une paralysie bilatérale (Chantemesse) chose très rare, soit qu'à une hémiplégie faciale s'associe un hémispasme du côté opposé ou d'une façon plus générale des troubles spasmodiques ordinairement glosso-labiés, affectant des modalités diverses. (Voir les Observations de Lombroso, Tournant, Kœnig, Remak, Babinski).

La paralysie faciale hystéro-traumatique est fréquemment systématique (1) et son aspect varie notablement, suivant qu'elle atteint plus particulièrement ou exclusivement tel ou tel mouvement ou système de mouvements. Quoiqu'il en soit, hâtons-nous de dire, avant d'aller plus loin, combien est importante pour l'expert la constatation d'une systématisation dans la paralysie, car sans être absolument propres

(1) Ce qui ne veut pas dire que les autres actes, qu'à l'état normal les mêmes muscles sont capables d'effectuer, ne soient pas altérés ; mais ils le sont incomparablement moins.

à l'hystérie ces sortes de paralysies lui appartiennent surtout.

Il importe de bien les distinguer de celles signalées par Parinaud (1), où les mouvements volontaires seuls sont abolis, tandis que les mouvements réflexes et inconscients sont conservés ; un même acte, en un mot, est impossible ou possible suivant qu'il y a oui ou non intervention de la volonté consciente. Dans notre cas, les mouvements conservés sont au même titre que les abolis soumis à l'influence de la volonté. C'est seulement dans la nature de l'acte à accomplir et non dans l'intervention ou la non intervention de la volonté qu'il faut chercher la cause de l'impossibilité ou de la possibilité pour un muscle d'entrer en contraction utile.

Dans la paralysie hystérique on peut observer des cas où tel muscle paralysé quand il s'agit d'un mouvement unilatéral, récupère ses fonctions à l'occasion des mouvements bilatéraux synergiques, comme nous allons en citer des exemples (2).

Ces paralysies revêtent, suivant les cas, des allures différentes. Le malade atteint de paralysie faciale systématique présenté par Ballet offrait les caractères suivants : « 1° Au repos il n'y a pas d'asymétrie ; rien ne révèle un trouble de la motilité ; 2° à l'occasion des mouvements on observe : *a)* que les mouvements unilatéraux des commissures peu-

---

(1) *Arch. de Neurol.*, N° 51, 1889. — Voir aussi Raymond et Kœnig, sur la Dissociation de la motilité chez un malade dégénéré hystérique, *in Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, p. 334, 1892.

(2) Les paralysies et les spasmes fonctionnels sont d'ordre différent. — A ce propos, voir Duchenne, *Traité de l'électrisation localisée*, 2e édit., p. 937, où il cite deux observations de spasmes fonctionnels qui sont probablement hystériques.

vent être exécutés des deux côtés avec la même facilité ; *b)* que, au moment où le malade parle, le côté gauche de la face fonctionne normalement, tandis que la commissure droite reste immobile ; la joue droite est flasque et s'étend parfois sous l'influence de la propulsion de la colonne d'air, si bien que le malade, à droite, fume la pipe en parlant ». Le malade de Remak (1) avait une paralysie faciale, surtout marquée au repos. Celui de Babinski (2), également atteint de paralysie faciale hystérique, présentait une systématisation différente : « 1° Lorsque le malade parle, siffle, les deux côtés de la face fonctionnent à peu de chose près de la même façon ; 2° les mouvements unilatéraux de la lèvre et de la commissure du côté gauche sont normaux, ceux de la lèvre supérieure et de la commissure du côté opposé sont presque complètement abolis, l'élévation de la commissure droite en dehors et en haut est tout à fait impossible. Le malade peut faire mouvoir la commissure droite en arrière dans le plan horizontal, mais l'étendue de ce mouvement est depuis peu extrêmement limitée ; de même il n'y a pas longtemps que l'élévation exclusive du côté droit de la lèvre supérieure est impossible ; le malade peut toutefois le faire mouvoir dans une très faible mesure quand il cherche à élever toute la lèvre supérieure ». L'auteur ne doute évidemment pas qu'il s'agisse ici d'une paralysie systématique ; peut-être pourrait-on se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'une paralysie dissociée : le grand et le petit zygomatique, l'elévateur de la lèvre supé-

---

(1) *Neurol. Centrabl.*, p. 355, 1892, et « zur Semiotik der hysterischen deviationen der zunge und der gesichtes. *Berlin. Klin.-woch.*, 1892.

(2) *Soc. méd. des Hôp.*, oct. et nov. 1892, et *Bulletin*, pp. 708 et 738.

rieure, le risorius de Santorini, sont, dans ce cas, plus ou moins frappés de paralysie ; mais Babinski ne nous dit pas si le buccinateur et l'orbiculaire des lèvres sont atteints pour les mouvements élémentaires. Or, ce sont ces deux derniers muscles qui contribuent le plus aux actes de parler et de siffler, sans compter la langue..., bien entendu.

On observe très rarement, comme nous l'avons dit, de la paralysie de la langue. Lorsqu'elle existe, on s'en rend compte par l'examen des diverses actions motrices. Le spasme y est, par contre, très fréquent.

On rencontre souvent à la langue comme à la face un certain degré de systématisation : tel malade parlera fort correctement qui ne pourra effectuer un mouvement élémentaire donné (toute supercherie mise à part, semble-t-il).

Nous avons dit que la constatation d'une paralysie systématique devait faire tout naturellement penser à l'hystérie. Cette proposition doit être considérée comme vraie dans la généralité des cas. Il importe cependant de savoir que la systématisation peut exister en dehors de l'hystérie ; nous l'avons, en effet, trouvée signalée dans la symptomatologie d'hémiplégies organiques, sans association hystérique apparente (Blanchard, *Thèse* de Paris, 1900, obs. de la pag. 92). On a signalé dans les hémiplégies organiques toujours, des cas où la paralysie n'apparaissait qu'à l'occasion des mouvements mimiques, tels que le rire ou le pleurer ; de tels troubles ont été observés par Betchrew, Nothnagel et d'autres, à la suite de lésions des couches optiques. Ces faits sont toutefois exceptionnels et la systématisation de la paralysie doit toujours faire penser à l'hystérie.

Parmi les autres symptômes, nous mentionnerons seulement la superposition habituelle de troubles de la sensibilité (le plus souvent anesthésie) aux troubles moteurs.

Evolution. — Richer prétendait (p. 191) qu'un des prin-

cipaux caractères de la paralysie hystérique consistait dans la variabilité des troubles moteurs, dans leur intensité et dans leur siège. Cette variabilité en ce qui regarde l'hystérie traumatique est bien peu accentuée, dans la généralité des cas tout au moins, ainsi que nous l'avons dit au début.

Diagnostic. — Après une étude aussi détaillée de la symptomatologie de la motilité dans la paralysie faciale hystéro-traumatique, comparée sur bien des points à celle de la paralysie faciale organique, les données sur lesquelles, en l'état actuel de nos connaissances, l'expert basera son diagnostic, pourront être facilement et rapidement mises en lumière.

La première question à résoudre est celle-ci : « Y a-t-il bien une paralysie faciale? point qui de prime abord n'est pas toujours facile à établir. De ce qu'une personne, en effet, présente une légère asymétrie du visage, il ne s'en suit pas nécessairement qu'elle est atteinte d'une paralysie faciale. Combien avons-nous vu de gens qui « par suite de la conformation osseuse de la face, de l'état de leurs mâchoires, du défaut d'harmonie des traits » ou pour tout autre cause, avaient une joue plus plate que l'autre, une commissure abaissée, une bouche un peu en point d'exclamation et dont cependant les muscles paraissaient jouir de toute leur intégrité fonctionnelle. S'il s'agit d'un manouvrier, le point a peu d'importance, car une paralysie faciale légère ne diminue pas sensiblement la valeur économique de l' individu ; mais s'il s'agit d'une personne tirant revenu de la souplesse harmonieuse de sa physionomie, une actrice par exemple, il en est tout autrement ; la responsabilité de l'employeur est sérieusement engagée, et le rapport du médecin a une grande importance.

Avant d'aborder la deuxième question, faisons encore remarquer que dans tous les cas où, *a priori*, on soupçonnera l'hystérie, on devra avoir présent à l'esprit : d'une part.

la rareté de la paralysie et la fréquence du spasme; d'autre part, la facilité avec laquelle un spasme droit simule une paralysie gauche, et réciproquement.

Il faut donc avant d'admettre le diagnostic symptomatique de paralysie, se demander si l'abaissement d'une commissure est bien une réalité et non une apparence due à l'élévation spasmodique de celle du côté opposé. Si on reconnaissait la présence d'un spasme on devrait, avant d'admettre ou de repousser l'hypothèse de paralysie pour l'autre côté, examiner minutieusement à son niveau les qualités diverses des actions motrices de mobilisation et de stabilisation à l'occasion des actes élémentaires et complexes (mimique, parole, etc.) : on pourrait ainsi se rendre compte le plus souvent, bien que le spasme des muscles de l'autre côté enlève tout terme de comparaison, si ces forces sont affaiblies dans leur ensemble ou suivant un de leurs modes (énergie, vitesse, précision, etc.) et apprécier dans une certaine mesure le degré de leur affaiblissement.

Ceci posé, l'expert aura à résoudre la deuxième question : Quelle est la nature de cette paralysie ? Hystérique ou organique ?

Le plus souvent, presque toujours même, avons-nous dit, la paralysie hystérique épargne le facial supérieur. Il est cependant des cas très rares où ce dernier est atteint, de telle sorte qu'on se croirait volontiers en présence d'une paralysie faciale périphérique *à frigore*, syphilitique ou autre. Sans nous arrêter au mode de début qui peut être brusque dans les deux cas, aux douleurs auriculaires et funiculaires qui accompagnent volontiers les paralysies faciales périphériques, je signalerai les deux signes qui, à l'époque où l'expert est appelé à se prononcer, me paraissent le plus propre à permettre de poser le diagnostic : 1° Dans la paralysie faciale périphérique, on observe la réaction de dégénérescence

partielle ou totale. Dans l'hystérique, au contraire, ainsi que nous le verrons plus loin, on n'a jamais constaté nettement la D. R. ; 2° dans la paralysie faciale périphérique, l'apparition de la sueur à la suite d'une injection de 0,001 milligr. de pilocarpine subit un retard par rapport au côté sain, retard que l'on n'observe pas dans la paralysie hystérique.

Dans la paralysie faciale d'origine intra-temporale on observe, *en outre*, par suite de l'altération de la corde du tympan la parésie gustative des 2/3 antérieurs de la moitié de la langue du côté correspondant, fait qui contraste avec l'intégrité de la sensibilité générale dévolue au trijumeau et de la sensibilité spéciale du tiers postérieur qui est placée sous l'empire du glosso-pharyngien ; ce phénomene jusqu'à présent n'a jamais été signalé chez les hystériques purs, mais malheureusement il n'est pas très net.

Je passe sur les paralysies secondaires aux altérations des noyaux bulbaires, dont la symptomatologie est si caractéristique du fait de l'atrophie musculaire ; je passe également sur les paralysies faciales qui succèdent aux lésions du faisceau nerveux destiné au domaine du facial inférieur dans son trajet de l'écorce aux noyaux bulbaires, parce qu'on observe toujours alors soit une hémiplégie, soit une monoplégie associées pour lesquelles on établit le diagnostic ; et j'en arrive aux paralysies faciales secondaires aux altérations des neurones corticaux. Lorsque ces altérations sont sous la dépendance d'une néoplasie (tumeur, plaque de méningite, etc.), le diagnostic est le plus souvent facile ; mais lorsqu'elles reconnaissent pour cause un ramollissement par embolie ou thrombose, le diagnostic devient très délicat. Heureusement que dans ce dernier cas la lésion dépasse les limites du domaine du facial inférieur ; elle envahit les régions voisines et frappe le bras par exemple. Ce fait éclaire le diagnostic.

Si maintenant, afin de nous résumer, nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur cette étude, nous voyons qu'il n'existe aucun signe qui nous permette de distinguer *constamment* et sûrement les deux sortes de paralysies l'une de l'autre, mais que par contre, il existe pas mal de signes de probabilité qui, lorsqu'ils sont réunis au nombre de 2-3, acquièrent une grande valeur diagnostique ; nous devrons songer à l'hystérie toutes les fois que nous nous trouverons en présence de l'un des phénomènes suivants : Superposition d'une anesthésie sensitive, ou mieux encore, sensitivo-sensorielle à la paralysie. — manifestations spasmodiques concomitantes ou associées. — systématisation de la paralysie. — mobilité des manifestations paralytiques soit dans leur siège, soit dans leur intensité. — réactions électriques normales ou simplement légèrement diminuées (1). — réaction à la pilocarpine normale. « Enfin, dit Babinski (2), on observe presque toujours dans la paralysie hystérique quelque singularité étrangère à l'histoire clinique de l'hémiplégie faciale organique qui met le médecin sur la voie du diagnostic. » Voir l'observation de la *Thèse* de Decoux, Paris, 1891 : Accident de travail purement émotionnel ayant entraîné entre autres manifestations hystero-traumatiques la paralysie des muscles zygomatique et buccinateur.

De l'hémispasme facial et principalement glosso-labié. — Apparaissant après le choc ou seulement quelque temps après lui, l'hémispasme glosso-labié peut exister seul et constituer une forme particulière de l'hystéro-traumatisme ou accompa-

(1) Voir plus loin le chapitre consacré à l'étude des amyotrophies où sont étudiées les réactions électriques chez les hystéro-traumatisés et où il est prouvé que la D. R. n'a jamais, fort probablement, été observée dans l'hystérie.

(2) *Soc. méd. des Hôp.*, 28 oct, 1892, et *Bull.*, p. 713.

gner d'autres manifestations névrosiques : hémiplégie, monoplégie, paraplégie (1), troubles oculaires, etc. On peut le trouver encore juxtaposé à des symptômes de lésion organique. Quoiqu'il en soit, sa présence est révélatrice de l'hystérie et constitue un signe de haute valeur, ce qui nous engage à l'étudier avec quelques détails.

Dans le cas d'hémispasme, la musculature d'un côté de la bouche (si nous prenons comme exemple l'hémispasme glosso-labié) est dans un état de contraction spasmodique plus ou moins apparent qui parfois peut porter exclusivement sur une seule lèvre. La bouche apparaît déviée du côté contracturé, et la commissure correspondante est attirée en dehors et en haut, rarement en bas ; le sillon naso-labial est de ce côté plus profond ; l'aile du nez peut apparaître comme tirée en haut : la langue est déviée, le plus souvent d'*une façon excessive* : « cette déviation disent Brissaud et Marie (1887), a lieu du côté où existe l'état de contraction spasmodique et se montre ordinairement sans que la langue soit tirée au-dehors, par le seul fait d'ouvrir la bouche. Elle est fort tenace ». La déviation peut être telle que la langue recourbée en crochet vienne butter contre la face interne de la joue. Le sujet ne peut la sortir ou, s'il y parvient, la langue déviée à l'extrême va toucher la joue.

Les muscles atteints sont le siège de *contractions fibrillaires* dont la constatation est très importante pour le diagnostic. Elles sont généralement assez accentuées et apparentes à l'état de repos, mais c'est surtout *à l'occasion des mouvements* (2)

---

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III ; *Appendice*, obs. de Lelog, reproduite dans la *Thèse* de Berbez.

(2) C'est encore à l'occasion des mouvements que la déviation de la bouche, quelquefois bien peu visible au repos, s'exagère et devient évidente ; ou que des muscles intacts en apparence, mais en réalité

qu'elles acquièrent la plus grande intensité et le plus d'étendue. Elles constituent le meilleur signe de l'état spasmodique.

Ainsi frappés, les muscles se trouvent dans un véritable état de méiopragie fonctionnelle. Leur force est intacte, mais leur capacité utile diminuée, car ils tendent à échapper à l'empire de la volonté. Les actes auxquels ils président ou contribuent, quelquefois ne s'accomplissent plus et plus souvent s'exécutent mal. La mastication par exemple est gênée, les aliments s'accumulent entre la joue et les arcades dentaires, dans le sillon labio-gingival. La déglutition laisse parfois à désirer, soit simplement par suite de la contracture de la langue, soit à cause de contractions spasmodiques des muscles du gosier, eux aussi en état d'opportunité de contracture. L'acte de siffler s'accomplit mal, etc...

Du fait de cet état de contracture et des tractions continues qui en résultent, le côté sain se trouve modifié dans ses allures. La joue est aplatie et paraît plus grande, tandis que la commissure labiale, plus basse que celle du côté contracturé, fait naître dans l'esprit de l'observateur l'idée d'une paralysie faciale. Cependant il est aisé de se rendre compte que les rides, moins accentuées que celles du côté contracturé, sont au fond à peu près normales, que la peau n'est point flasque, que les masses musculaires conservent leur tonicité comme l'indique la palpation, et que tous les mouvements s'accomplissent normalement de ce côté. Ce dernier caractère a une

---

en état d'imminence de contracture, deviennent le siège de manifestations spasmodiques : le fait s'observe souvent pour les muscles de l'œil (toutes choses que P. Richer avait vues et magnifiquement décrites). Voir le cas rapporté par Brissaud et Marie dans les N°s 5 et 7 du *Progrès méd.*, p. 130, janvier 1887.

grande importance à nos yeux. Fait-on souffler le malade ? La colonne d'air s'échappe surtout par le côté contracturé et n'a aucune tendance à soulever la commissure paralysée en apparence seulement. Lui commande-t-on d'ouvrir la bouche ? L'ouverture est irrégulière ; elle est plus large du côté du spasme que du côté sain.

A ce spasme glosso-labié vient souvent se joindre celui des muscles du sourcil. Ce dernier est abaissé par rapport à l'autre côté (Charcot), et l'on aperçoit fréquemment à son extrémité interne quelques plis verticaux « dont l'un, très apparent, limite en dedans une petite fossette arrondie ». Cette participation du soureil est très heureuse pour le diagnostic ; relativement très apparente, je l'ai vue bien des fois mettre le médecin sur la voie en lui faisant reconnaître un spasme léger qui facilement serait passé inaperçu.

L'orbiculaire peut lui aussi être atteint de contracture, contracture en général légère (ptosis pseudo-paralytique), qui rétrécit l'ouverture des paupières sans l'obturer (voir p. 40). On se trouve alors en présence d'un spasme oculo-glosso-labié causé le plus souvent par un traumatisme périorbitaire (1). Parfois les muscles moteurs du globe oculaire sont, également, atteints de manifestations spasmodiques qui amènent la production d'un strabisme spastique.

Gilles de la Tourette a signalé la contracture fréquente du muscle peaucier dans le cas de spasme glosso-labié en même temps qu'il indiquait un signe diagnostique de haute valeur : la superposition de troubles sensitifs aux spasmes que nous étudions (2). Ce dernier point n'est du reste que la manifes-

---

(1) Voir Charcot, *Leçons du mardi*, p. 262, 1888. — Brodie, *Leçons sur les affections nerveuses locales*, trad. française, p. 15.

(2) *Nouvelle Icon. de la Salp*, pp. 107, 170, 1889.

tation d'une loi très générale dans l'hystérie. Nous l'avons déjà formulée : La grande névrose aime à superposer ses manifestations les unes aux autres ; les plus habituelles sont constituées par les troubles de la sensibilité parmi lesquels l'anesthésie est de beaucoup le plus fréquent.

Après ce que nous venons de dire, nous ne nous attarderons pas à établir longuement le diagnostic différentiel du spasme et de ces contractures qu'on observe chez certains organiques, tantôt à la suite de manifestations paralytiques, tantôt au début ou dans le cours d'affections ou de maladies diverses telles que la sclérose en plaques, etc., qu'il est en somme toujours possible de reconnaître. La contracture organique suit une évolution régulière, tantôt elle reste stationnaire, tantôt elle évolue pour céder la place à une atrophie musculaire irrémédiable. La physionomie du spasme, essentiellement variable, et polymorphe le plus souvent, est donc bien différente.

Signalons encore comme travaux roulant spécialement sur les troubles hystériques, portant sur le domaine du facial : Ballet, Paralysie faciale systématisée hystérique, apparaissant à l'occasion de la parole. *Soc. méd. des hôp.*, 14 oct. 1892, pag. 664 ; — Charcot, Paralysie dissociée hystéro-traumatique du facial inférieur. *Arch. de neurol.*, juillet 1891 ; — Charcot et P. Richer, Le mascaron grotesque de l'église S. M. Formosa à Venise et l'hémispasme glosso-labié, *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1884, pag. 87 ; — Chouppe, De la paralysie faciale hystérique. *Bull. méd.*, 13 sep. 1893, N° 73 ; — Crouzon et Dobrovice, Hémispasme glosso-labié et hémiplégie hysté-

rique chez un tabétique, *Revue neurol.*, 1902, pag. 477 ; — Debove, Note sur l'hémispasme et l'hémiplégie hystérique, *Soc. méd. des hôp.*, 22 juin 1892 ; — Decoux, De la paralysie faciale hystérique, *Thèse*, Paris, 1891 ; — Delprat, Un cas de contracture faciale bilatérale hystérique, *Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1892, p. 38 ; — Descroizilles et Pasquier, Paralysie faciale hystérique, *Bull. méd.*, 1891, N° 46, p. 553, et *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, juin 1891 ; — Dupasquier et Marie, Séméiologie nerveuse de la langue, *Progrès méd.*, 1888 ; — Gabbet, Paralysie hystérique, face comprise, *Bristish. méd. j.* III, pag. 943, nov. 1882 ; — Gasnier, Paralysie faciale hystérique, *Thèse*, Paris, 1893 ; — Gilles de la Tourette, *Traité de l'hystérie*, 1895, II, 2ᵐᵉ partie, pag. 21 ; — Guyot et Péry, Hystéro-traumatisme, paralysie faciale complète et trismus chez un enfant de 13 ans, *J. de méd. de Bordeaux*, 1901, XXXI, pag. 145-148 ; — Lukacz, Diplégie faciale hystérique, *Wien. Klin Wochens.*, 1901, N° 6 ; — Huet, Hysterische faciale parese, *Neurol. centralbl.*, 15 sept. 1890, pag. 565 ; — Lawson, Hysterical facial paralysis, *Neurol. centralbl.*, 1891, N° 1, pag. 20 ; — Onanoff, Asymétrie faciale pour la paralysie ou la contracture de la face, *Soc. de biol.*, 19 déc. 1891 ; — Ozanon, Contribution à l'étude des paralysies dites systématiques, *Thèse*, Paris, 1893-94 ; — Rendu, Hystérie chez un saturnin, hémiparésie, hémianesthésie, hémispasme facial, *Soc. méd. des hôp.*, 4 déc. 1891 ; — Siredey, Tabes et hystérie, hémispasme glosso-labié gauche simulant une paralysie droite chez un tabétique, *Soc. méd. des hôp.*, 6 nov. 1891.

MONOPLÉGIES BRACHIALES HYSTÉRO-TRAUMATIQUES DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Comme la plupart des paralysies hystéro-traumatiques, les monoplégies brachiales, en dépit des formes diverses sous lesquelles elles sont susceptibles de se présenter à nous, peuvent se ramener à trois types : flasque, spasmodique sans contracture, avec contracture. Le degré de paralysie varie suivant les cas.

Dans la forme flasque complète, le bras paralysé pend le long du corps comme une masse inerte dont l'attitude est déterminée uniquement par les lois de la pesanteur ; on dirait (Grasset, *Leçons cliniques*, I, 1892) qu'un poids considérable suspendu à la main l'attire vers le sol, entraînant avec elle le moignon de l'épaule qui paraît aplati. Cet aplatissement, cet abaissement de l'épaule malade, bien que constituant la règle générale, ne s'observerait pas cependant d'une façon constante. Certains observateurs ont signalé de l'élévation ; assurément l'hystérie associe quelquefois le spasme à la paralysie, et en l'espèce, la contracture plus ou moins accusée des muscles élévateurs de l'épaule (trapèze, etc...) à la paralysie flasque du bras ; mais le plus souvent ces cas doivent appartenir au deuxième type qui, nous l'avons dit, comprend ces paralysies flasques en apparence, mais hypertoniques au fond et tendant vers la spasticité, spasticité légère encore que seule l'exagération des réflexes et la mise en évidence de la diathèse

de contracture pourront nous révéler. Le membre donc pend inerte, jouissant seulement des mouvements de balancement que lui impriment les muscles du tronc. Toutes les actions motrices conscientes lui appartenant en propre, quelle que soit du reste leur nature, actions de mobilisation ou de stabilisation ont disparu à son niveau et, soulevé, il retombe lourdement. Les actions subconscientes sont conservées.

La sensibilité superficielle et profonde, c'est toujours des cas typiques que je parle, est également abolie. L'anesthésie est complète à tous les modes, au tact, à la douleur, à la température, à l'électricité ; elle affecte la disposition morphologique bien connue, rappelant plus ou moins exactement, suivant les cas, la manche d'une veste. Elle cesse assez brusquement à partir d'une ligne qui passe au niveau du creux axillaire, à l'union des tiers externe et moyen de la clavicule ou un peu plus en dedans, sur le milieu de l'épaule, traverse l'omoplate descendant quelquefois jusqu'à son angle inférieur, et rejoint le creux axillaire (1). Elle n'affecte donc pas une distribution névritique car elle occupe en même temps que le territoire du plexus brachial, la partie postéro-interne du bras, domaine des branches perforantes des deuxième et troisième nerfs intercostaux, et la plus grande partie du moignon de l'épaule, zone d'innervation des rameaux sus-acromiaux du plexus cervical. Cette distribution morphologique est considérée comme caractéristique de l'hystérie. La sensibilité profonde, avons-nous dit, est

---

(1) D'autres fois elle remonte plus haut, jusqu'à la racine du cou et à l'articulation sterno-claviculaire. Elle ne s'étend pas toujours, d'autre part, jusqu'à l'extrémité des doigts ; elle peut s'arrêter à leur racine, au poignet, etc. Mais sa limite est toujours constituée par une ligne régulière et circulaire, sa distribution affecte toujours la même disposition morphologique segmentaire et non névritique.

abolie ; le sens musculaire et le sens des attitudes ne donnent plus au malade que des indications imparfaites et vagues. Le sujet parfois ne sait plus où est son membre qu'il perd dans le lit. Le sens stéréognostique peut lui aussi être lésé, le malade ne reconnaît plus les objets à la palpation. Topinard a signalé la dissociation syringomyélique de la sensibilité ; nous ne l'avons jamais observée ; elle est très exceptionnelle si tant est qu'elle existe et sa rencontre, comme nous le verrons plus tard, doit toujours faire songer à une lésion organique. Il est bien plus fréquent de voir la physionomie si typique de l'anesthésie modifiée par l'adjonction d'une hémi-anesthésie faciale, thoracique, crurale ou totale du même côté. Quelquefois la sensibilité profonde est conservée ; parfois même, la sensibilité cutanée avec elle est intacte et l'anesthésie fait complètement défaut. C'est là une éventualité fort rare dont nous parlerons en un chapitre à part.

Les réflexes tendineux sont normaux ou diminués ; peuvent-ils être abolis ? Miura (*Arch. de Neurol.* 1893, p. 321), en signale plusieurs exemples ; la chose est possible puisqu'il est des gens normaux, semble-t-il, chez lesquels on n'arrive pas à les provoquer. Cependant, l'abolition des réflexes tendineux doit *toujours faire penser* à l'existence d'une lésion organique.

Les réactions électriques sont conservées ; tout au plus observe-t-on une augmentation dans la résistance au passage du courant (Vigouroux, *Gaz. méd.*, 1879), variable du reste suivant les endroits ; mais on ne trouve jamais cette lenteur dans la contraction, lenteur prémonitoire de la réaction de dégénérescence, *signe absolu de lésion organique.*

Des troubles trophiques divers peuvent se rencontrer dans l'appareil symptomatique de l'hystéro-traumatisme. Nous les avons déjà signalés à propos de l'hémiplegie organique, nous n'y reviendrons pas.

A côté de tous ces symptômes propres à la monoplégie, il faut placer les symptômes généraux de l'hystérie, les stigmates, les troubles oculaires, les phénomènes psychiques, etc., dont ailleurs nous avons longuement parlé. Leur importance pour le diagnostic est fort grande sans toutefois être absolue. Ils signifient simplement que le sujet examiné est un hystérique, ce qui ne veut pas du tout dire que la monoplégie soit hystérique. Comme nous l'avons dit maintes fois, les associations hystéro-organiques sont toujours possibles et sûrement plus fréquentes qu'on ne le croit. C'est donc dans le symptôme lui-même qu'il faudra chercher des signes diagnostiques.

Les formes spasmodiques comprennent tous les cas intermédiaires entre la forme flaccide et celle avec contracture. Ce que nous venons de dire s'applique aussi à elles, deux points seulement les différencient : l'exagération des réflexes tendineux et cette tendance spéciale des muscles à entrer en contracture sous l'influence d'excitations mécaniques, telles que massage, application autour du membre d'un lien circulaire constrictif, etc., tous moyens propres à amener la manifestation de cette diathèse de contracture latente chez tant d'hystériques, comme l'ont démontré Charcot et Berbez dans le *Progrès médical* du 29 octobre 1886.

Les monoplégies avec contracture sont plus rares, leur aspect est caractéristique ; leur étude, par suite, ne nous arrêtera pas (voir p. 72).

Diagnostic différentiel. — En présence d'un sujet qui prétend ne pouvoir se servir d'un membre sur lequel ou aux environs duquel vient de porter ou plus simplement a porté un traumatisme, le médecin doit penser d'abord aux impotences d'ordre chirurgical, et en rechercher aussitôt les causes les plus communes : « luxation ou fracture ». Pour

cela, après avoir complètement mis à nu la moitié supérieure du corps, usant des divers moyens d'investigation que la science met à sa disposition, il explorera méthodiquement les divers segments du membre supérieur : la clavicule, l'omoplate, la région scapulo-humérale surtout, comparant constamment les impressions perçues à celles fournies par l'examen du côté sain. Le seul problème délicat à résoudre est celui de savoir s'il n'existe pas quelque trait de fracture au niveau des fosses scapulaires. Par suite de l'insertion des fibres musculaires sur toute leur surface, les fragments sont assez maintenus en place pour qu'en raison de la profondeur des parties on ne puisse découvrir le déplacement. Le seul signe diagnostique que dans certain cas il soit possible de percevoir, est la crépitation. Pour la constater, on applique une main à plat sur la région pendant que de l'autre on imprime des mouvements au bras. Il faut éviter, en pareil cas, de prendre pour de la crépitation le frottement sous-scapulaire présenté par certains sujets. Si une telle manœuvre éveille en même temps dans la région scapulaire de vives douleurs, reproduites par la pression, il est probable qu'il existe une fracture. Le symptôme douleur, en lui-même, ne permet pas, quels que soient ses caractères, de conclure à la probabilité d'un trait de fracture, car j'ai vu pas mal d'impotences du bras avec douleur longtemps persistante dans la fosse sous-épineuse où le traumatisme avait porté, douleur réveillée par la pression et les mouvements de l'omoplate, sans la moindre fracture. Aussi pour résoudre ce point délicat et, d'une façon plus générale, pour s'éclairer sur la nature et la valeur de ses sensations, le médecin-expert devra toujours compléter son examen par une épreuve radiographique.

Après avoir ainsi écarté ces deux hypothèses, il doit se demander s'il ne s'agirait pas simplement d'une entorse ou

d'une contusion. C'est à ce diagnostic qu'il s'arrêtera, dans le cas où le malade lui est présenté quelques jours seulement après l'accident, époque où, dans bien des cas, l'hystéro-traumatisme ne s'est pas encore affirmé par des symptômes caractéristiques. Ai-je besoin de dire : 1° qu'il examinera avec soin s'il n'existe pas des troubles sensitifs limités à la zone du nerf circonflexe, troubles sensitifs dont la présence devrait éveiller dans son esprit l'idée de la possibilité d'une névrite capable d'entraîner ultérieurement l'atrophie du deltoïde ; 2° qu'il n'oubliera pas de faire quelques réserves, d'une part, sur le développement toujours à redouter d'une arthrite sèche susceptible d'entraîner une incapacité de travail prolongée ; et d'autre part, sur l'apparition possible d'une névrose traumatique.

Mais, comme nous l'avons souvent dit, ce n'est pas quelques jours après l'accident que l'expert a à se prononcer, mais bien plus tard, à une époque où l'hypothèse de contusion simple ne se pose plus. Il se demandera alors, pour ne rien oublier, si cette impotence ne serait pas due à une arthrite de nature quelconque, à une adénite axillaire, voire même à un anévrysme ou à une tumeur de la région, problème facile à résoudre car ces affections ne peuvent produire *directement* les symptômes essentiels de l'hystéro-traumatisme. Elles peuvent exister avec lui, mais elles ne sauraient le simuler. Elles ne produisent ni anesthésie, ni paralysie, à moins qu'elles ne lèsent les troncs nerveux voisins, mais on a alors des troubles névritiques faciles à reconnaître, comme nous le verrons plus loin. Ordinairement, elles n'entraînent pas, à proprement parler, de monoplégie, elles déterminent simplement une impotence due à une gêne mécanique, à la douleur, ou à une contracture réflexe.

Après avoir ainsi méthodiquement éliminé ces diverses hypothèses, l'expert doit aborder la grosse et difficile question des

impotences de cause nerveuse. Comment différencier les monoplégies hystéro-traumatiques de celles dues à une lésion cérébrale — corticale, sous-corticale, capsulaire —, à une altération médullaire, à une lésion siégeant sur les racines — dans le canal rachidien, au niveau des trous de conjugaison, dans leur trajet extra-rachidien jusqu'au plexus —, à une lésion du plexus lui-même ou des nerfs qui en émanent soit dans leur tronc, soit dans leurs branches, soit dans leurs terminaisons intra-musculaires (1)? Telle est la question que nous allons nous efforcer de résoudre.

L'étude des phénomènes extrinsèques et du mode de début, ici comme dans les hémiplégies (p. 49), ne peut nous fournir le plus souvent que des signes de probabilité ; n'y a-t-il pas, en effet, une variété de névrite qui due, paraît-il, à une hémorrhagie dans la région occupée par le plexus provoque une paralysie subite et s'appelle la névrite apoplectiforme ? Et inversement, n'y a-t-il pas des paralysies, des monoplégies hystéro-traumatiques qui ne s'affirment qu'un certain temps après le traumatisme et quelquefois progressivement ? On voit donc que le début peut être progressif ou brusque aussi bien dans la paralysie névrosique que dans l'organique, toutes proportions gardées bien entendu. Assurément des prodromes tels que les vertiges, la céphalalgie, les vomissements sans effort, les étourdissements, les troubles intellectuels légers, les phases d'excitation et de dépression, appartiennent plutôt aux affections corticales ; d'autres, tels que les douleurs spontanées et exagérées par la presssion en certains points don-

(1) Nous laissons de côté, bien entendu, les impotences qui résultent des amyotrophies par altération primitive du muscle, ou considérées comme telles et décrites sous le nom de myopathies primitives progressives ; il ne s'agit pas là de paralysie.

nés sont plutôt l'apanage des névrites, mais des phénomènes à peu près semblables existent aussi dans les névroses traumatiques ; l'expert en outre n'a connaissance de ces troubles que par le dire du malade qui peut avoir oublié ou mal interprété ses sensations, qui peut aussi les dénaturer sciemment dans le but de l'induire en erreur. Ici donc, comme dans l'étude diagnostique des hémiplégies, nous nous attacherons surtout aux signes tirés de l'examen actuel du syndrome lui-même.

Monoplégie brachiale par lésion cérébrale. — De toutes les lésions cérébrales capables de produire une monoplégie, les corticales sont de beaucoup les plus fréquentes, les sous-corticales sont plus rares et les capsulaires exceptionnelles. Dans tous les cas la monoplégie brachiale revêt une symptomatologie identique à celle de la paralysie du membre supérieur dans l'hémiplégie organique de même nature, corticale ou capsulaire. Les caractères différentiels sont ici les mêmes, nous n'aurons donc qu'à les rappeler : *la limitation de la paralysie à un groupe articulo-moteur*, *son intensité croissant de la racine vers l'extrémité du membre*, l'hypotonicité mise en évidence par le signe de la flexion exagérée de l'avant-bras, la chute flasque de la main tant que la contracture n'a pas fait son apparition, la chute brusque du bras soulevé dès qu'on le lâche sans aucune seconde d'hésitation, la constance dans l'effort à déployer par l'observateur pour soulever le bras, le signe d'Hœsslin, la situation de l'épaule saine dans un plan antérieur à celui occupé par l'épaule malade dans l'acte de s'asseoir (Babinski), le signe de Mendelsohn touchant le courant d'action, la *régularité de l'évolution de la flaccidité vers la contracture*, l'existence d'un certain degré de parésie faciale ou crurale, accompagnant la monoplégie et surtout la nature mal définie des troubles de la sensibilité

objective (1), *le peu d'intensité de l'anesthésie d'autant moins marquée qu'on l'examine plus près de la racine du membre*, (aspect absolument superposable en cela à celui de la paralysie de la motricité), *l'apparition de quelque crise d'épilepsie jacksonienne, la perte simultanée de la motilité consciente et inconsciente*, sont des caractères de la monoplégie corticale ou sous-corticale, parmi lesquels un certain nombre sont, pour quelques observateurs, caractéristiques. Parmi les symptômes des monoplégies hystéro-traumatiques celui qui ici a le plus de valeur est la distribution et l'intensité de l'anesthésie (2) que l'on ne retrouve pas au même degré dans les paralysies par lésion corticale (Voir p. 73). On pense en général, en effet, que les paralysies cérébrales touchent peu la sensibilité, et bien que Pétrina, Tripier, Starr et d'autres, aient montré le mal fondé d'une opinion trop absolue sur ce point, le peu d'intensité de l'anesthésie corticale et surtout son peu de durée restent encore un fait acquis, si l'on considère la grande généralité des cas.

---

(1) La cause la plus fréquente de la monoplégie corticale est le ramollissement. On comprend donc combien il doit être rare, étant donné ses causes ordinaires et la distribution des artères cérébrales, de le voir localisé uniquement à la totalité du territoire cortical d'un membre supérieur ; il en est de même dans les lésions par compression (néoplasie tuberculeuse, enfoncement de la voûte cranienne, etc..., qui entraînent toujours de l'épilepsie jacksonienne). Nous laissons de côté les monoplégies toxiques (par œdème cérébral localisé au cours du mal de Bright, par exemple) à cause de leur caractère essentiellement transitoire.

(2) Huchard, Decoux, Miura ont cependant signalé, comme nous le verrons plus loin, des paralysies hystériques sans anesthésie ; le fait est exceptionnel.

La monoplégie capsulaire est tout à fait exceptionnelle (1); il faut pour la produire à l'état isolé une lésion singulièrement précise, limitée à la partie antérieure du segment postérieur de la capsule interne; il ne saurait y avoir en même temps des troubles de la sensibilité puisque le faisceau moteur du membre supérieur est séparé du faisceau sensitif par tout le paquet des fibres motrices du membre inférieur. L'expert conserverait-il des doutes? Qu'il observe la façon suivant laquelle la maladie va évoluer : c'est en effet l'évolution qui lui fournira les signes les plus utiles. La dégénérescence des fibres sectionnées du faisceau pyramidal est fatale, il verra bientôt, dans quelques jours ou dans quelques semaines, apparaître des signes d'hypertonie, de l'exagération des réflexes tendineux, de la trépidation épileptoïde de la main, de la contracture. Une telle évolution ne s'observe pas dans l'hystérie traumatique.

Nous n'avons rien de spécial à ajouter, touchant la forme spasmodique de la monoplégie, à ce que nous avons dit p. 68; on y trouvera tout ce qu'il est utile de savoir à ce sujet.

Monoplégies brachiales par lésion médullaire. — On comprend qu'une telle monoplégie puisse être la conséquence d'une lésion soit des fibres pyramidales, soit des cellules des cornes antérieures du renflement cervical, soit de ces deux éléments à la fois.

L'altération du faisceau pyramidal, sans participation de la substance grise ni des faisceaux sensitifs, est presque toujours secondaire; quelquefois cependant elle peut apparaître

---

(1) On en connaît cependant plusieurs cas, parmi lesquels nous citerons celui publié par Bennett et Campbell dans le journal le *Brain*, p. 78, avril 1885; — celui de Joffroy dans le *Progrès méd.*, 1885.

comme primitive, causée par une compression ou une plaque de sclérose : presque toujours les fibres destinées au membre inférieur sont suffisamment affectées pour trahir leur souffrance. La symptomatologie qui exprime ces lésions, symptomatologie quelquefois simplement brachiale mais le plus souvent brachiale et crurale, comprend à côté de troubles bien plutôt parétiques que paralytiques des phénomènes d'ordre nettement spasmodiques, révélateurs du siège de la lésion. Un tel syndrome pareto-spasmodique apparaissant immédiatement après un accident ou survenant quelque temps après lui, éveillera l'idée d'une sclérose en plaques plutôt que d'une compression médullaire dont les symptômes sont généralement plus diffus. C'est donc entre une sclérose en plaques fruste et un hystéro-traumatisme fruste que devra se faire le diagnostic différentiel, diagnostic souvent épineux. L'un quelconque des symptômes suivants : un facies plutôt immobile et hébété, de l'embarras de la parole, de la scansion, l'existence de troubles oculaires tels que le *nystagmus*, l'irrégularité dans le rétrécissement concentrique du champ visuel, la *dyschromatopsie plus marquée pour le rouge*, la *décoloration de la papille*, la *névrite optique*, du tremblement intentionnel, des signes de perturbation pyramidale (*phénomène des orteils*), la régularité souvent progressive de l'évolution avec absence de rétrocession considérable des symptômes, devrait nous faire porter le diagnostic de sclérose en plaques (1).

Mais empressons-nous d'ajouter qu'en considération de la

---

(1) Quant aux vertiges, aux attaques apoplectiformes et épileptiformes, à l'état mental, nous estimons que l'hystérie peut trop facilement les simuler pour y ajouter, d'une façon générale, une grande créance. (Voir Souques, des Syndromes hystériques simulateurs; *Thèse* de Paris, p. 13-63, 1891).

rareté de l'absence de troubles sensitifs dans l'hystéro-traumatisme, un tel diagnostic différentiel, dans la pratique, ne se pose pas. Il ne faudrait cependant pas aller trop loin et conclure constamment qu'un phénomème est rare, parce qu'il a été rarement signalé. Huchard, comme du reste nous le verrons plus loin, a pu faire une thèse sur les paralysies hystériques sans anesthésie, et, chose d'une haute importance, Charcot a pu reproduire de semblables paralysies par la suggestion chez des hypnotiques. Sans accorder à ces faits une importance qu'ils n'ont pas, l'expert doit les avoir, le cas échéant présents à l'esprit.

Nous pouvons en dire autant à propos des poliomyélites antérieures comme nous allons nous en rendre compte. Quelle que soit la cause d'une lésion limitée aux cellules motrices des cornes antérieures, l'altération de ces dernières entraîne toujours l'apparition d'un syndrome caractérisé par de l'impotence flasque et de l'amyotrophie plus ou moins précoce, en général manifeste dans trois ou quatre mois, avec intégrité de la sensibilité. Laissons de côté ce fait de l'intégrité de la sensibilité, sur la valeur considérable duquel nous nous sommes déjà prononcés, et considérons la paralysie amyotrophique après avoir signalé toutefois la haute importance diagnostique des phénomènes généraux qui marquent le début d'une poliomyélite aiguë ou subaiguë.

Considérée longtemps comme indice certain de lésion organique, l'atrophie musculaire a perdu de son importance diagnostique du jour où on a découvert les amyotrophies hystériques (Charcot, Babinski); la présence de la réaction de dégénérescence lui rend bien toute sa valeur ; malheureusement elle n'apparaît pas dans tous les cas de poliomyélite. Elle nous a fait défaut plusieurs fois, et notamment chez un malade atteint depuis treize ans d'une sclérose latérale amyotrophique, avec aujourd'hui phénomènes bulbaires.

On a fort conseillé de se fonder, pour établir le diagnostic, sur la disposition radiculaire de la paralysie et de l'atrophie myélopathique. Pour certains neurologistes, en effet, Déjerine par exemple (1), chaque étage de la moelle correspond à une racine, et la topographie des lésions médullaires est radiculaire. Pour d'autres, au contraire, il n'en serait pas ainsi : van Gehuchten et de Bück, par exemple (la chromatolyse dans les cornes antérieures de la moëlle après désarticulation de la jambe et ses rapports avec les localisations motrices, *Journal de Neurol.* 5 mars 1898), croient à la théorie de la métamérisation de la moelle que Forgue et Lannegrace ont solide-

(1) *Path. gén. de Bouchard*, t. V, p. 794. — Pour se rendre compte de la métamérie cutanée, il faut mettre les membres dans leur position originelle et embryologique ; c'est-à-dire supposer les bras et les jambes étendues horizontalement dans le plan frontal, et les rotations osseuses effectuées au cours du développement ontogénique corrigées ; le périnée et le coccyx constituent dans ce cas l'extrémité du corps. On voit alors que les zones radiculaires sont parallèles les unes aux autres, tout comme au niveau du tronc. Si, du reste, nous considérons le développement ontogénique de l'individu, nous voyons qu'au début les membres n'existent pas; tout le tronc est est alors cerclé de bandes parallèles répondant chacune à une racine ; plus tard, des bourgeons apparaissent en des points donnés et s'allongent pour donner naissance aux membres. Les zones, circulaires d'abord, se déforment là où poussent les bourgeons qui entraînent avec eux la peau qu'ils distendent en manchon à leur niveau. Des tissus nouveaux se forment et les neurones des racines, dans le territoire desquelles tout ce travail s'accomplit, ayant un plus grand domaine à innerver, se multiplient, et ainsi se constituent les renflements cervicaux et lombaires. Il est dès lors facile de comprendre la raison originelle de l'anesthésie en bande des lésions radiculaires que nous étudierons bientôt et de voir, en passant, la différence profonde qui la sépare de l'anesthésie hystérique dont les limites sont perpendiculaires aux siennes.

ment établie par de remarquables travaux. Pour eux, la moelle serait un composé de segments appelés neuromères à chacun desquels correspondrait à droite et à gauche une zone cutanée ou dermatomère et un groupe musculaire ou myomère qui affecterait une disposition segmentaire ; pour Brissaud, les parties latérales des deux renflements médullaires représenteraient une moelle en raccourci perpendiculaire à la direction de l'axe spinal ; la partie la plus externe du renflement, l'extrémité de la moelle nouvelle par conséquent, contiendrait les centres d'innervation de la main droite si nous prenons comme exemple la partie droite du renflement brachial. Cette théorie s'appuie sur des faits cliniques nombreux. En effet Gilles de la Tourrette et Zaguelmann (*Nouv. icon. de la Salp.*, 1889, II, p. 311) Charcot, Raymond, Parmentier, Muller, Meder, Roth, Critzmann, Bruhl ont publié des cas de syringomyélie à troubles segmentaires. Marinesco pense que la localisation dans la moelle épinière des noyaux moteurs du membre thoracique est diffuse. Parinaud, Brissaud (*Leçons cliniques* 1899, p. 104), Grasset, enseignent qu'il existe au niveau des cornes antérieures deux groupes de neurones : 1° un premier groupe de neurones analogues aux neurones supra-nucléaires de Parinaud dont la destruction entraînerait une paralysie segmentaire et articulaire ; 2° un deuxième groupe comprenant les neurones d'émission à distribution radiculaire. Cette dernière conception expliquerait ainsi d'une façon satisfaisante les raisons pour lesquelles des observateurs également sagaces et intruits ont constaté à la suite de lésions des cornes antérieures, les uns des paralysies à distribution radiculaire, les autres des paralysies à distribution segmentaire.

De tout cela nous devons conclure que *si une disposition radiculaire ne peut être le fait de l'hystérie, une disposition segmentaire ne saurait à elle seule suffire pour la faire*

admettre, le fait existant sûrement dans la syringomyélie.

Une lésion limitée à la région motrice et produisant ainsi une monoplégie est rare ; souvent elle s'étend et frappe à peu près toute une moitié de la moelle. C'est ce qu'on peut observer du fait d'une hématomyélie ou d'une syringomyélie. Suivant l'étendue de la lésion, la symptomatologie variera. On observera ainsi des cas intermédiaires, depuis la dissociation syringomyélique *à peu près* propre aux altérations de la substance grise postérieure, jusqu'au syndrome de Brown-Séquard caractéristique d'une hémisection de la moelle. Nous ferons plus loin le diagnostic entre l'hystéro-traumatisme d'une part, l'hématomyélie, la syringomyélie et le syndrome de Brown-Séquard, de l'autre.

Il est un dernier groupe de symptômes apparaissant en particulier à la suite des lésions qui atteignent la moelle au niveau de la première vertèbre dorsale, et qui altèrent ainsi le centre cilio-spinal ou les fibres qui en émanent. Ce sont des phénomènes oculo-pupillaires. Leur apparition implique l'existence d'une lésion organique en même temps qu'elle contribue à en fixer le siège. Nous les décrirons plus loin, à propos du diagnostic différentiel de l'hystéro-traumatisme et des lésions radiculaires du plexus brachial.

Monoplégies par altération des nerfs spinaux. — La lésion peut porter sur le plexus brachial, sur les racines qui le constituent ou les nerfs qui en émanent depuis leur origine jusqu'à leur terminaison dans l'intimité de la fibre musculaire ou des surfaces sensibles. Nous nous occuperons d'abord du diagnostic différentiel des paralysies brachiales par lésion des racines et par hystéro-traumatisme.

1. *Paralysies radiculaires du plexus brachial.* — Dues le plus

souvent à l'élongation, au tiraillement des racines, tel qu'il se produit dans les mouvements d'abaissement de l'épaule ou d'hyperélévation du bras, comme Huet, Duval et Guillain l'ont montré (*Gaz. hebd.*, 3e s., V., 1900, N° 56, p. 649), les névrites radiculaires du plexus brachial surviennent par suite fréquemment à l'occasion du travail. Bien que leur symptomatologie diffère nettement de celle de l'hystéro-traumatisme pur, l'expert ne devra jamais porter ce dernier diagnostic sans y avoir pensé et les avoir éliminées. Divers cas peuvent se présenter : tantôt les cinq racines seront malades et nous nous trouverons en présence d'une paralysie radiculaire totale, tantôt deux ou trois seules seront atteintes et nous verrons se dérouler à nos yeux, l'appareil symptomatique d'une paralysie radiculaire partielle, etc. Mais dans tous les cas, le cortège symptomatique des névrites : troubles de la sensibilité (1), (douleurs spontanées et exagérées par la pression contrastant parfois avec l'anesthésie superficielle, anesthésie, hyperesthésie, dysesthésie avec, d'après Pitres, la perte isolée des sensations tactiles, le retard, le redoublement, la sommation des perceptions, les erreurs dans la localisation, phénomènes, qui, d'après lui, n'appartiennent jamais aux paralysies fonctionnelles), troubles de la motricité, diminution ou abolition des réflexes tendineux, troubles vaso-moteurs et trophiques, troubles des réac-

(1) Le sens musculaire est généralement conservé ; Verhogen cependant le trouva aboli dans un cas où il put constater l'intégrité absolue de la sensibilité à ses divers modes (*Journ. de méd., chir. et Pharmacie de Bruxelles*, février 1894). — Inversement, l'anesthésie peut manquer dans les névrites. Dufour, en effet, signale dans le *Lyon médical*, t. LI, 1886, un cas de paralysie radiculaire spontanée des Ve et VIe racines du plexus brachial sans anesthésie.

tions électriques (1) (diminution de l'excitabilité, *lenteur de la contraction*, *D. R.*, pour ne citer que les principaux), et par-dessus tout *la distribution radiculaire des symptômes* qui ne se voit jamais du fait des névroses traumatiques, permettront à l'expert d'établir le diagnostic. Ceci posé, indiquons brièvement la physionomie de chaque variété de névrite radiculaire afin que l'expert ayant constaté son absence, puisse en toute sûreté conclure à l'intégrité des racines du plexus.

A. *Paralysies radiculaires totales.* — Nous ne nous arrêterons pas à l'habitus extérieur du membre qui est à peu près le même dans les deux cas. La paralysie frappe ici en effet tous les muscles innervés par les racines V, VI, VII, VIII C. et I D.; c'est-à-dire que lorsqu'elle est complète, le membre pend flasque le long du tronc, suivant les lois de la pesanteur animé seulement de quelques mouvements d'oscillations que lui communiquent les muscles du tronc et d'élévation du moignon de l'épaule dus à l'action du faisceau supérieur du trapeze innervé par le spinal et le nerf du trapèze issu des III et IV nerfs cervicaux. L'atrophie musculaire est constante dans les névrites, elle est exceptionnelle dans l'hystéro-traumatisme, mais on l'a signalée. Par conséquent sa valeur diagnostique tout en étant très considérable n'est pas absolue ; pour être pathognomonique l'amyotrophie doit être intense ou s'accompagner de réaction de dégénérescence, de lenteur dans la contraction tout au moins ce qui, du reste, est le premier indice de la D. R.

Nous arrivons ainsi à l'examen des troubles de la sensibi-

---

(1) Vinay, dans le *Lyon médical*, t. III, 1886, rapporte un cas de paralysie radiculaire Duchenne-Erb, avec réactions électriques normales; ce n'est du reste pas le seul.

lité qui à lui seul permet de poser le diagnostic. Dans les névrites radiculaires (ou autres du reste), il existe au début des douleurs irradiées le long des troncs nerveux et exagérées par une pression exercée sur les racines malades, au niveau du creux sus-claviculaire par exemple. Dans l'hystéro-traumatisme il peut exister des phénomènes douloureux, des zones d'hyperesthésie superficielles ou profondes, mais dans aucun cas les douleurs ne révêtent et les mêmes caractères et les mêmes localisations. La distribution de l'anesthésie, complète ou non, est encore plus caractéristique. Dans les névrites radiculaires totales, l'anesthésie, exactement limitée aux territoires innervés par les racines atteintes n'empiètera jamais sur la partie supérieure du moignon de l'épaule, domaine de la branche acromiale du plexus cervical, et respectera toujours la partie postéro-interne du bras, possession des branches perforantes des deuxième et troisième nerfs intercostaux ; mais elle occupera toute la main, tout l'avant-bras, et la région antéro-externe du bras jusqu'au niveau du V deltoïdien. Voilà une distribution qu'ignorent les hystéro-traumatisés ; sa présence permet donc d'affirmer l'existence d'une lésion organique. Malheureusement, comme nous l'avons dit déjà plusieurs fois et nous ne craignons pas d'y revenir encore la chose nous paraissant souvent méconnue, les cas ne sont pas toujours simples ; l'hystérie banale ou traumatique aime à superposer son anesthésie plus vaste à celle moins étendue des lésions organiques, et masque ainsi les caractères du mode de distribution de cette dernière.

En dehors même de ces cas d'association, l'expert peut être appelé à une époque lointaine du début des accidents névritiques. Des mois se sont passés et avec eux l'anesthésie a disparu ou tout au moins ses limites se sont fortement estompées. On ne trouve plus que des zones d'anesthésie dont les formes rappellent plutôt les plaques disséminées

des hystériques que les territoires radiculaires. C'est que, comme l'ont bien montré Duval et Guillain, les tiraillements produits par le traumatisme exercent surtout leur action, de par des raisons anatomiques, sur les racines antérieures des nerfs constitutifs du plexus brachial. Les racines postérieures sont bien moins atteintes. C'est dire que, la plupart des fibres sensitives récupérant leurs propriétés conductrices, les troubles de la sensibilité pourront s'atténuer beaucoup tandis que persisteront dans tout leur éclat les troubles moteurs et amyotrophiques. C'est dans ces cas qu'on ne devra pas hésiter à faire subir au malade un examen électrique, à voir si la réaction sudorale à l'injection de pilocarpine est analogue des deux côtés, etc... Cependant, de la bienveillance relative des causes de tiraillements pour les racines postérieures, il ne faudrait pas déduire la fugacité constante des troubles sensitifs. L'anesthésie persiste, en effet, fort longtemps, très longtemps même quelquefois, puisque Déjerine a constaté sa présence quatorze ans après le début des accidents (*Pathologie gén. de Bouchard*, t. V, p. 785).

A cet excellent signe vient s'en joindre un autre non moins significatif ; je veux parler des troubles oculo-pupillaires dont la constatation permet à l'expert d'affirmer la lésion organique. Le malade présente du côté atteint du myosis, un rétrécissement marqué de la fente palpébrale, quelquefois une rétraction du globe oculaire et même dit-on, un aplatissement de la joue. Ces troubles sont dus à la lésion des fibres qui vont de l'extrémité supérieure de la moelle dorsale, du centre cilio-spinal notamment, au ganglion cervical inférieur. Comme ces fibres passent par les racines antérieures elles sont constamment lésées. Les troubles oculaires signalés acquièrent donc par leur constance une valeur diagnostique de tout premier ordre.

L'expert est donc en mesure de différencier facilement les monoplégies brachiales hystéro-traumatiques des paralysies radiculaires totales du plexus brachial. Peu nous importe, dès lors, les symptômes secondaires.

B. *Paralysies radiculaires partielles du plexus brachial.* — Il est encore plus facile de distinguer des paralysies hystéro-traumatiques les paralysies radiculaires partielles, comme nous allons nous en rendre compte.

Qu'elles aient été causées par l'accident lui-même ou par un processus tout à fait étranger (effondrement d'une vertèbre cariée, épaississement méningé, etc.), ces paralysies radiculaires se présentent sous des aspects différents, suivant le numéro des racines atteintes. Tantôt les VIII C. et I D., seront lésées et on aura le type Klumpke ; tantôt l'altération portera seulement ou essentiellement sur les V et VI C. et on se trouvera en présence d'un syndrome Duchenne-Erb.

α. *Paralysie radiculaire, type Klumpke.* — La paralysie dont l'aspect rappelle celle du cubital (1), l'atrophie des muscles de la main, l'anesthésie affectant une bande allongée sise à la partie interne de l'avant-bras et de la main où elle est limitée par une ligne longitudinale passant à égale distance du bord externe et du bord interne des doigts annulaire du côté palmaire et médius du côté dorsal, la présence des symptômes oculo-pupillaires que nous avons décrits, tous phénomènes que l'on n'observe pas dans l'hystéro-traumatisme suffisent à établir le diagnostic (sans compter les symptômes propres aux névrites que nous avons déjà mentionnés).

---

(1) Les fibres des VIII C. et I D. constituent les nerfs brachial cutané interne et son accessoire, cubital, partie du médian et du radial.

β. *Paralysie radiculaire supérieure, type Duchenne-Erb.* — La paralysie amyotrophique frappe constamment ici le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur et atteint le plus souvent avec eux les sus et sous-épineux, les grands rond, pectoral, dorsal, dentelé et le court supinateur (Klumpke). L'anesthésie radiculaire existe sur toute la partie externe de la main, de l'avant-bras et du bras, jusqu'à deux ou trois travers de doigt de l'acromion. Dans certains cas la VII C. est aussi lésée et l'anesthésie s'étend sur les parties médianes. L'observation d'une telle symptomatologie suffit à écarter sur ce point l'hypothèse d'hystéro-traumatisme dans les cas rares où les autres phénomènes morbides propres aux névrites, la réaction de dégénérescence notamment, ne sont pas appréciables.

Nous ne nous arrèterons pas aux impotences causées par la lésion d'une racine isolée, les caractères généraux de la symptomatologie sont les mêmes et partant les signes diagnostiques analogues.

II. *Paralysies du plexus brachial.* — Que le début soit brusque et apoplectiforme ou lent et progressif, à l'exception des troubles oculo-pupillaires qui font toujours défaut, les signes diagnostiques sont les mêmes que ceux signalés à propos des paralysies radiculaires totales. Il est donc inutile de s'y appesantir.

Nous ne nous occuperons pas ici des monoplégies par *névrites périphériques*. Nous en parlerons à propos du diagnostic des paralysies hystériques et névritiques.

Observation inédite prise avec l'aimable collaboration de M. le Major Hochvelker. — *Monoparésie hystéro-traumatique.* — C.... 23 ans, cultivateur, soldat.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux ; mère morte

en couches ; un frère de 19 ans paralysé subitement d'un côté ; trois frères et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Histoire de la maladie. — Le malade fait remonter le début de son mal à l'âge de 15 ans, époque à laquelle il fit une chute sur l'épaule droite. Quels désordres provoqua-t-elle ? Nous n'avons pu le savoir exactement. Toujours est-il que le médecin lui immobilisa le bras par l'application d'un appareil contentif qu'on renouvelait toutes les semaines et qu'il garda dix mois, dit-il. Lorsqu'il put reprendre le travail, quinze mois seulement après sa chute, les articulations de l'épaule et du coude étaient douloureuses, le membre était moins souple et plus faible. Son salaire était inférieur d'un cinquième à celui de ses camarades.

Le conseil de révision l'ajourne la première fois et le prend la seconde. A la caserne, il se plaint de son bras et ne fait pas grand chose ; il a deux crises nerveuses en octobre et janvier avec perte de connaissance, miction, fatigue au réveil. Les crises sont survenues à l'improviste sans qu'il ait eu le temps de choisir la place où il va tomber. En présence de ces phénomènes, le major l'envoie en réforme temporaire avec la mention « hystéro-traumatisme ».

Revenu au corps le 14 février 1903, il ne veut rien faire prétendant ne pouvoir se servir du bras droit à cause de la douleur qu'il éprouve à l'épaule et de la faiblesse dont le membre est le siège.

Examen, 25 février 1903. — Faciès sournois; yeux humides et langoureux ; sujet bien musclé paraissant jouir d'une excellente constitution. La douleur siège dans la fosse sous-épineuse droite. Elle persiste constamment, aussi forte le matin que le soir : elle est accrue par la pression et les mouvements actifs ou passifs de la région, sans jamais cependant

devenir absolument intolérable. Il existe sur l'acromion, à cinq centimètres environ de son sommet, une cicatrice de la taille d'une pièce de cinquante centimes, qui est secondaire à la chute et ne présente rien de particulier. La palpation ne révèle *rien d'anormal*, il n'y a pas de craquements articulaires ou périarticulaires.

Dans la station debout, l'épaule droite est un peu abaissée ; l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras par suite d'un faible degré d'ankylose de l'articulation du coude.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire. En effet, si on mesure la circonférence des deux membres supérieurs à des niveaux analogues, on constate des différences insignifiantes, en faveur du membre gauche dont le malade prétend se servir presque exclusivement. Toutefois et malgré ses dénégations, il est évident qu'il utilise aussi dans une mesure considérable le membre droit car nous constatons à la main la présence de fortes callosités.

Motilité. — Tous les mouvements actifs du membre s'effectuent complètement à l'exception : 1° du mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras, à cause d'un certain degré d'ankylose déjà noté ; 2° des mouvements d'élévation du bras qui ne dépasse guère l'horizontale, par suite de l'exagération de la douleur et du manque de force. Mais si, alors, on vient en aide au malade en lui élevant le membre, les mouvements s'accomplissent parfaitement. La force musculaire paraît affaiblie de ce côté. Il serre à peine la main et résiste mal aux mouvements passifs.

Les actions motrices de mobilisation sont donc simplement affaiblies. Il en est de même des actions de stabilisation.

Sensibilité. — Outre la douleur scapulaire, le malade accuse encore des fourmillements prédominants dans la sphère du cubital. La sensibilité superficielle est abolie au tact et à la piqûre dans *toute* l'étendue du membre jus-

qu'au niveau d'une ligne qui, passant par le creux axillaire et le tiers moyen de la clavicule, franchit l'épaule en son milieu, suit le bord spinal de l'omoplate jusqu'à l'angle inférieur de cet os et, de là, rejoint le creux axillaire. Au-delà de cette ligne, la sensibilité apparaît normale. On note encore dans la zone ainsi limitée de l'hypoesthésie thermique avec de la diminution de la sensibilité profonde et du sens musculaire. Le sens des attitudes et le sens stéréognostique sont conservés. La sensibilité sensorielle est intacte, il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Réflectivité. — Les réflexes tendineux sont diminués au niveau des extenseurs du poignet droit ; ils sont normaux partout ailleurs. — Les réflexes cutanés et muqueux sont intacts ; tout au plus peut-on signaler une légère hypoesthésie pharyngée. Les réflexes sensoriels et vaso-moteurs sont normaux. Il n'y a pas de dermographie et les piqûres saignent à peu près également sur tous les points du corps.

Psychisme. — Le malade répond avec hésitation et méfiance. Il ne se sert de son bras droit qu'avec une peine très affectée. La mémoire, l'intelligence, la volonté, l'affectivité ne présentent rien de particulier ; il en est de même des autres fonctions de l'économie.

Traitement. — On affirme au malade qu'il guérira par l'exercice, et malgré ses protestations on l'envoie au gymnase avec ses camarades, en l'avertissant qu'il ne sera jamais réformé de ce chef.

Évolution. — Dès lors, il cesse de se plaindre du bras ; il se comporte comme les autres soldats et accomplit tous les exercices réglementaires.

Le 10 juin nous l'examinons à nouveau et nous constatons que tous les mouvements s'accomplissent *également* des deux côtés. Les troubles de la sensibilité ont disparu. Le sujet

n'accuse plus que de vagues douleurs scapulaires et quelques fourmillements du côté droit.

Signalons comme intéressants à consulter sur ce sujet :

Adamkiewicz, Monoplégia anesthetica. *Wien. méd. Blatter*, nos 4 et 5, 1887 ; — Charcot, Sur deux cas de monoplégie brachiale hystéro-traumatique chez l'homme, *Progrès méd.*, 1885, nos 34, 37, 39, 40, et *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, pp. 293-310-346 ; Charcot, Monoplégie brachiale hystéro-traumatique, *Clinique des maladies du système nerveux*, t. I, 1892, pp. 29, 117, 366 ; Determan, Hysterische Monoplégie, *Neurol. Centralbl.*, 1890. — Journée, Monoplégie hystéro-traumatique guérie par suggestion, *Progrès méd.*, 1888, série II, p. 430 ; — Méchin, Monoplégies brachiales hystériques, *Thèse*, Paris, 1887 ; — Négro, Monoplègies hystériques, *Riforma med.* déc. 1891, Nos 281-282 ; — Prince, Hystéro-traumatisme, *Amer. j. of med., Sciences*, juillet 1892 ; — Raymond, Monoplégie hystéro-traumatique (?), *Presse méd.*, 1899, p. 221.

MONOPLÉGIES ET PARAPLÉGIES CRURALES HYSTÉRO-TRAUMATIQUES

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le développement que nous avons donné à l'étude des formes hémiplégique et monoplégique brachiale de l'hystéro-traumatisme nous permet de passer rapidement sur celle des monoplégies crurales. Les caractères généraux : touchant les paralysies sensitives et motrices, les réactions électriques, la réflectivité, les troubles trophiques, etc., touchant les formes flasques, spasmodiques et avec contracture sont les mêmes. Seuls, les symptômes qui découlent de l'état des lieux et des fonctions du membre viennent donner aux monoplégies crurales une physionomie particulière.

L'anesthésie, comme toujours morphologique est limitée en haut par une ligne qui suit le pli de l'aine, gagne l'épine iliaque antéro-supérieure, longe la crète iliaque, le pli fessier, le raphé périnéal et rejoint l'extrémité interne du pli de l'aine après avoir respecté le sacrum et les organes génitaux. Les troubles de la marche sont particulièrement intéressants pour le diagnostic différentiel. Ils ressemblent à ceux que nous avons décrits à propos de l'hemiplégie hystéro-traumatique, nous y avons suffisamment insisté, que l'on veuille bien s'y rapporter. Les troubles génitaux et sphinctériens appartiennent plutôt au tableau symptomatique des paraplégies crurales avec lesquelles nous les décrirons, mais disons dès maintenant qu'ils sont extrêmement rares.

Nous avons plus souvent rencontré la forme spasmodique que la forme flasque. Nous nous sommes déjà expliqués sur la valeur de ce terme et sur l'état des réflexes (pp. 63 et 119), il est inutile d'y revenir.

Imaginons une double monoplégie et nous aurons une paraplégie. La paraplégie crurale est une des formes les plus fréquentes de l'hystéro-traumatisme ; le plus souvent elle apparaît d'emblée mais, dans certains cas, elle est secondaire, succédant à une autre manifestation de la névrose.

La forme flasque, la seule dont parle Berbez dans sa *Thèse*, est causée par la paralysie de tous les muscles des membres inférieurs, paralysie essentiellement diffuse, sans prédominance sur un groupe donné, ce qui, nous l'avons vu, constitue un des caractères généraux des paralysies hystériques. Le malade est condamné au repos. Deux aides parviennent à peine à le maintenir debout. La marche, malgré l'aide des béquilles, est à peu près impossible. Les deux membres pendent inertes et suivent le bassin qui les traîne, en raclant le sol par la pointe et le bord externe du pied. Les troubles de la sensibilité ne sont pas toujours distribués suivant le mode double monoplégique que nous avons décrit. Il est des cas, où l'anesthésie remonte plus haut, jusqu'à l'ombilic, par exemple, et frappe le sacrum et les organes génitaux. La limite supérieure est représentée par une ligne circulaire perpendiculaire à l'axe du tronc. Les troubles trophiques ici comme dans toutes les formes d'hystéro-traumatisme sont très rares. « On ne compte pas plus, dit Gilles de la Tourette, de trois ou quatre observations indiscutables d'escharres fessières ou sacrées, qui coexistaient du reste avec de multiples manifestations cutanées du même ordre. » Les observations d'amyotrophie sont plus fréquentes, nous y reviendrons. Les sphincters sont le plus souvent intacts ; on a signalé la rétention par contracture du sphincter vésical, le

besoin impérieux d'uriner (vessie irritable), l'incontinence même par anesthésie des voies uréthrales ; ces troubles sont le plus souvent passagers et n'entraînent aucune conséquence bien grave ; leur présence, leur persistance surtout, doit constituer aux yeux de l'expert un indice de lésion organique.

Les formes avec contracture permanente sont peu fréquentes ; nous les laisserons momentanément de côté.

Diagnostic différentiel. — L'hystérie traumatique, comme nous l'avons vu, frappe le membre inférieur au même titre que le membre supérieur. La symptomatologie est dans les deux cas superposable, à part certains phénomènes d'ordre particulier que nous avons signalés. Le diagnostic présentera donc ici des difficultés analogues à celles que nous avons rencontrées à propos des paralysies brachiales et il se posera, en partie tout au moins, avec l'aide des mêmes éléments.

Ici comme au membre supérieur on doit distinguer les paralysies hystéro-traumatiques (monoplégie ou paralégie) de celles causées par une lésion cérébrale, médullaire, ou névritique, frappant les plexus lombaire et sacré, les racines qui les constituent ou les nerfs qui en émanent. Nous retrouverons ici les mêmes caractères distinctifs, généraux et fondamentaux touchant la nature, la distribution, l'évolution des phénomènes douloureux (anesthésiques, paralytiques, trophiques), et des troubles d'ordre secondaire qui les accompagnent. Seuls, comme nous l'avons dit, certains symptômes résultant de l'état des lieux et des fonctions propres à la région, donneront à ces paralysies une physionomie origiginale. C'est ainsi, par exemple, qu'à la place des troubles oculo-pupillaires nous aurons l'insuffisance des sphincters, etc.

L'étude que nous avons faite des monoplégies bachiales, et

surtout la connaissance des signes diagnostiques que nous avons tirés de l'examen des symptômes présentés par le membre inférieur paralysé dans les hémiplégies, nous dispensera d'insister beaucoup sur les phénomènes qui permettent d'établir le diagnostic différentiel des paralysies d'un ou des membres inférieurs, puisque nous les connaissons déjà.

Nous avons à propos des monoplégies brachiales longuement parlé des impotences dues à une luxation, à une fracture, à une entorse, à une contusion, à une arthrite, à une adénite, à un anévrysme, etc... ; nous avons suffisamment indiqué la façon suivant laquelle il fallait procéder, la méthode qu'on devait suivre pour les mettre en évidence. Ce sont du reste des affections auxquelles il suffit en général, de penser pour les découvrir, lorsqu'elles sont capables d'entraîner une symptomatologie aussi accentuée que celle des paralysies hystéro-traumatiques.

Monoplégies et paraplégies crurales par lésion cérébrale. — Tout comme les monoplégies brachiales, les monoplégies crurales par lésion cérébrale sont le plus souvent d'origine corticale (ramollissement, plaque de méningite tuberculeuse, etc.). Les caractères intrinsèques qui les différencient des monoplégies hystériques sont la plupart semblables à ceux que nous avons signalés page 123. Même prédilection de la paralysie pour tel ou tel groupe articulo-moteur, même hypotonicité au début, même intensité décroissante des phénomènes paralytiques sensitifs et moteurs de l'extrémité vers la racine du membre, même effacement relatif des troubles sensitifs, même régularité dans l'évolution de la paralysie vers la contracture, même importance diagnostique des crises d'épilepsie jacksonienne lorsqu'il y en a, et enfin, même atteinte simultanée des actions motrices de mobilisation et de stabilisation *conscientes et subconscientes*

mise en évidence surtout à l'aide de la manœuvre de la flexion combinée de la cuisse et du tronc. A tous ces caractères différentiels ajoutons encore *le signe des orteils de Babinski, l'existence simultanée de l'exagération des réflexes, du clonus du pied et de la danse de la rotule*, enfin les troubles particuliers de la marche dans les différents sens. Parmi les symptômes propres à l'hystéro-traumatisme signalons tout spécialement la conservation de la mobilité subconsciente et les caractères de l'anesthésie. Si l'on ajoute à tout cela l'impression que l'on retire de l'étude des phénomènes extrinsèques et des symptômes de début, on voit que le diagnostic différentiel est facile. Il en est de même pour les paraplégies, comme nous allons nous en rendre compte.

En effet, quel que soit le siège de la lésion bilatérale corticale, et quelle que soit sa nature, qu'elle frappe les neurones moteurs ou leurs cylindres axes, qu'elle détruise la substance cérébrale directement en agissant sur elle, ou indirectement en la privant de sang, il est possible et souvent facile de différencier la paraplégie qu'elle entraîne des paraplégies fonctionnelles. Les signes diagnostiques essentiels que nous avons longuement étudiés et décrits à propos des hémiplégies d'abord, des monoplégies ensuite, se retrouvent la plupart ici, identiques dans l'espace et dans le temps : même évolution de la flaccidité vers la contracture, même effacement relatif des troubles sensitifs, etc. Les signes extrinsèques acquièrent cependant ici une importance supérieure à celle que nous leur avons accordée jusqu'à présent : la paraplégie cérébrale reconnaît le plus souvent pour cause soit un traumatisme crânien altérant l'extrémité supérieure des régions rolandiques droite et gauche, soit une plaque de méningo-encéphalite, le plus souvent tuberculeuse ou syphilitique. Ils devront donc être recherchés.

Nous n'hésitons pas à passer sous silence les paraplégies

secondaires à une lésion étendue du bulbe rachidien et de la protubérance, facilement reconnaissables à l'appareil symptomatique qui les accompagne ; de même que nous laissons de côté les troubles paraplégiques observés au cours de certaines maladies dont la nature organique est évidente : paralysies pseudo-bulbaires, etc.

Monoplégies et paraplégies par lésions médullaires. — Les monoplégies crurales peuvent résulter d'une lésion médullaire unilatérale secondaire à un traumatisme ayant entraîné une luxation, une fracture, la pénétration dans la moelle motrice d'un corps pointu, d'une esquille osseuse par exemple, etc. —, ou consécutive à une compression exercée par une néoplasie tuberculeuse, syphilitique, etc. —, ou encore provoquée par la présence d'un foyer d'hématomyélie, de syringomyélie, de myélite unilatérale.

Nous avons dit à propos du diagnostic différentiel des monoplégies brachiales ce qu'il fallait penser des paralysies dues aux lésions du faisceau pyramidal et à celles des cornes antérieures ; nous en avons indiqué les signes diagnostiques. Ce que nous avons dit alors est applicable ici. Jugeant superflu d'y revenir, nous nous contenterons simplement d'établir le diagnostic différentiel entre les monoplégies crurales dues à l'hystéro-traumatisme et celles causées par des lésions diffuses d'une moitié de la moelle avec altération des racines adjacentes.

Quelle qu'en soit la cause, l'hémisection de la moelle entraîne toujours l'apparition d'un syndrome de Brown-Séquard. Il est bon de se rappeler qu'au niveau de la moelle lombo-sacrée ce syndrome se complique de symptômes nouveaux lorsqu'il s'agit d'une lésion par traumatisme ou compression. Ces symptômes surajoutés résultent de dispositions anatomiques spéciales à cette région du canal rachidien,

disposition qu'il est indispensable de bien connaître, pour comprendre les paralysies des membres inférieurs de cause médullaire ou radiculaire et les différencier des mêmes paralysies dues à l'hystéro-traumatisme. Nous allons les rappeler brièvement.

Le canal rachidien contient essentiellement la moelle et les racines qui en émergent, disposées dans la région qui nous occupe de la façon suivante :

1° La moelle lombaire correspond aux corps des XIe et XIIe vertèbres dorsales, à la moitié inférieure de celui de la X D, ainsi qu'à la moitié ou aux deux tiers supérieurs de celui de la première lombaire.

2° Le cône terminal tel que le comprend Raymond (1), c'est-à-dire constitué par toute la portion de la moelle située au-dessous d'une ligne passant au-dessus de l'émergence de la IIIe paire sacrée, correspond à la partie inférieure du corps de la Ire vertèbre lombaire et à la moitié supérieure de celui de la IIe L.

3° Le *filum terminale* parcourt tout le reste du canal rachidien contenu dans la cavité intradurmérienne jusqu'au niveau de la IIe vertèbre sacrée ;

4° A côté de la moelle cheminent les nerfs rachidiens obliques en bas et en dehors. Pour atteindre les trous de conjugaison qui leur sont destinés, ils doivent accomplir dans le canal rachidien un certain trajet dont la longueur est variable pour chacun d'eux et égale par exemple à 114 millimètres

---

(1) Pour Charpy, le cône terminal a bien moins d'étendue ; il est, en effet, constitué simplement par la partie de la moelle qui donne naissance aux nerfs coccygiens.

pour la Ire paire lombaire et à 280 millimètres pour la Ve paire sacrée (1).

5° Le cône terminal, avons-nous dit, ne dépasse pas la partie inférieure du corps de la IIe vertèbre lombaire; le reste du canal rachidien est donc occupé uniquement par le *filum terminale* et les nerfs de la queue de cheval. La portion sous-durale de la queue de cheval, c'est-à-dire celle qui est située au-dessous de la IIe vertèbre sacrée ne contient plus aucun nerf lombaire; une lésion portant au-dessous de ce niveau ne pourra blesser que les nerfs sacrés.

Grâce à cet exposé anatomique, nous comprenons qu'en raison du long trajet que chaque paire lombaire ou sacrée doit parcourir de haut en bas dans le canal avant d'atteindre son trou de conjugaison situé à un niveau fort inférieur à celui de son émergence, une paire donnée côtoie plusieurs segments médullaires. C'est dire que devant un segment donné de la moelle lombo-sacrée se trouvent plusieurs nerfs rachidiens ; le traumatisme devra donc les toucher avant de pouvoir exercer son action directe sur le segment médullaire sous-jacent.

Ceci posé, imaginons un traumatisme (coup de couteau par

(1) Il est important de connaître les rapports qui existent entre les apophyses épineuses et les origines radiculaires. Chipault les a particulièrement étudiés dans sa *Thèse*, Paris, 1894, d'où nous tirons les indications suivantes : « Chez l'adulte, à la région cervicale il faut ajouter le chiffre 1 au numéro d'une apophyse déterminée pour avoir le numéro des racines qui naissent à son niveau. A la région dorsale supérieure le chiffre 2. De la 6e apophyse dorsale à la 11e le chiffre 3. La partie inférieure de la 11e dorsale et l'espace inter-épineux sous jacent répondent aux trois dernières paires lombaires. La 12e apophyse épineuse dorsale et l'espace interépineux sous-jacent répondent aux paires sacrées.

exemple) frappant la moitié droite de la moelle au niveau du corps de la XII D. ; la lésion portera sur les IVe et V^{e} segments lombaires, mais atteindra en même temps les paires suivantes : XII D., I, II, III, IV, L. ; la lésion de la moelle et celle des racines se traduiront chacune par leur symptomatologie propre à savoir : l'hémisection de la moelle par des troubles sphinctériens, des troubles trophiques et un syndrome de Brown Séquard caractérisé *grosso modo* par : 1° la paralysie des muscles situés du côté de la lésion, dont les neurones moteurs siègent au niveau et au-dessous du IVe segment lombaire ; 2° par l'anesthésie du territoire cutané, innervé par les deux dernières paires lombaires et les paires sacrées, du côté opposé à la lésion. La lésion des racines énumérées provoquera essentiellement dans leur domaine d'innervation une anesthésie et une paralysie situées du même côté que la lésion.

Nous voyons donc la disposition tout à fait spéciale des troubles observés, par suite du long trajet intra rachidien des racines lombo-sacrées. Le diagnostic avec l'hystéro-traumatisme à forme monoplégique n'offre aucune difficulté. Nous avons déjà vu combien il était facile d'établir le diagnostic différentiel entre la paralysie hystéro-traumatique d'un membre et celle due à l'hémisection de la moelle. Nous verrons plus loin qu'il est tout aussi facile de différencier une monoplégie crurale d'ordre purement fonctionnel, des monoplégies crurales par lésion radiculaire.

Laissant de côté, comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, les monoplégies crurales par poliomyélite aiguë, subaiguë ou chronique dont le diagnostic ne présente aucune difficulté, renvoyant le diagnostic différentiel des paralysies crurales par hystéro-traumatisme et par hémorrhagie médullaire au chapitre consacré à l'hématomyélie, nous allons nous efforcer maintenant de mettre en évidence les signes qui

permettent de différencier les paraplégies fonctionnelles des paraplégies myélopathiques.

Nous allons d'abord nous occuper des paraplégies flasques, car une lésion transverse de la moelle peut parfaitement produire une paraplégie flasque *permanente* sans exagération des réflexes qui souvent même sont abolis. Les observations de ce genre se sont multipliées depuis celle de Kœdner, publiée en 1876. Dans la plupart des cas cependant, lorsque le sujet vit pendant quelques mois, on voit apparaître des signes d'hypertonie et de l'exaltation des réflexes tendineux.

Laissant de côté les paraplégies par lésion de la moelle cervicale, parce qu'elles s'accompagnent de la paralysie des membres supérieurs, nous allons nous occuper des paraplégies par lésion de la moelle dorso-lombaire.

Paraplégie par lésion dorsale. — Il est des lésions de la moelle dorsale capables de produire des paraplégies flasques permanentes avec abolition des réflexes cutanés et tendineux. L'anesthésie est totale dans toute la région innervée par la portion de moelle sous-jacente à la lésion ; elle est limitée en haut par une ligne en rapport avec le niveau de la lésion médullaire, ligne circulaire et perpendiculaire à l'axe du tronc (un peu plus élevée cependant en arrière qu'en avant). L'anesthésie ressemble donc à celle que l'on observe dans les paralysies hystéro-traumatiques de la moitié inférieure du corps. Mais dans le cas qui nous occupe elle est masquée par une symptomatologie telle que le médecin ne pense même pas à la névrose ; une paralysie des plus accusée frappant avec les membres inférieurs la paroi abdominale, des troubles sphinctériens, des troubles trophiques, des escharres qui apparaissent bientôt, un état général grave le plus souvent ; les commémoratifs nous révèlent tantôt une luxation du rachis, tantôt une fracture de la colonne verté-

brale, un effondrement des corps vertébraux sous la dépendance d'un mal de Pott, une myélomalacie par artérite infectieuse syphilitique, tuberculeuse, etc...

Mais laissons ces cas de paraplégie flasque permanente dont la nature organique est trop évidente et que la mort du reste ne tarde pas à ravir à l'expert, et ne retenons que ceux où la lésion moins profonde, moins absolue, se traduit par un appareil symptomatique ressemblant davantage à celui revêtu par les paraplégies hystéro-traumatiques. Ce sont des paraplégies plus ou moins spasmodiques, que le spasme ait apparu dès le début ou seulement après une période de flaccidité. Nous les retrouverons plus loin.

Paraplégie flasque par lésion de la moelle lombaire. — Il en est de même pour les lésions destructives de la moelle lombaire. Le diagnostic est encore facile pour l'expert de par : les commémoratifs, *l'atrophie de tous les muscles dont les neurones trophomoteurs siègent au niveau de la lésion*, l'abolition des réflexes (1), la paralysie absolue des sphincters, les escharres, etc., l'état général, enfin.

Paraplégie par lésion du cône terminal. — Il n'est guère

---

(1) On peut observer ici une dissociation curieuse des réflexes tendineux qui n'appartient jamais à l'hystéro-traumatisme. Parfois, en effet, le réflexe rotulien est aboli, tandis qu'il existe de l'exagération du réflexe achilléen et du clonus du pied. Cette dissociation bilatérale constitue un excellent signe de lésion médullaire, dont en même temps elle indique le siège. Le III[e] segment lombaire est dans ce cas atteint. Le centre du réflexe rotulien qui s'y trouve est détruit. Le centre du réflexe achilléen, qui est placé plus bas dans le V[e] segment, est par contre excité, soit par irritation directe, soit par suppression des actions inhibitrices venues de l'encéphale. On comprend donc ainsi l'abolition du premier et l'exagération du second.

possible de confondre les impotences hystéro-traumatiques avec celles qui résultent d'une lésion du cône terminal (1) qui peut entraîner, comme on sait, une paralysie plus ou moins complète du grand fessier, des muscles de la face postérieure de la jambe et des muscles plantaires. Les signes diagnostiques, en effet, sont nombreux et découlent de :

1° La distribution de l'anesthésie qui, dans les affections du cône est limitée : aux organes génitaux externes — verge et scrotum ou grandes lèvres —, au périnée, au pourtour de l'anus, à la région fessière inférieure et interne, à la région postéro-supérieure des cuisses, et enfin aux muqueuses des organes génitaux urinaires — urètre, vulve, vagin, utérus, — en un mot, au domaine d'innervation des III[e], IV[e], V[e] paires sacrées et du nerf coxigien. La distribution de l'anesthésie hystéro-traumatique est tout autre, comme nous l'avons vu.

2° La présence dans les affections du cône des troubles urinaires dus à la paralysie de la vessie avec intégrité du sphincter à fibres lisses. Il s'ensuit de la dysurie et même parfois de « l'ischurie paradoxale », suivant l'opinion de Dufour. (2)

---

(1) Les symptômes des lésions du cône ont été empruntés par nous à la *Thèse* de Dufour, Paris, 1896 ; aux *Leçons cliniques de Raymond*, t. I, leçon XVI et t. IV, leçons XX-XXI, et à celles du P[r] Grasset, p. 249, 1898.

(2) Si l'on veut s'expliquer ce phénomène, il faut se reporter aux travaux de Fellner (*Centralbl. für med. Vissenschaft*. 1882, ueber der Innervation des Rectum), et surtout de Courtade et Guyon (*C. R. de la Soc. de Biol.*, p. 618, 1895). Ces derniers ont montré que, chez les chiens, les nerfs sacrés agissent presque exclusivement sur les fibres musculaires de la vessie, tenant donc en très grande partie sous leur dépendance l'acte de la miction. « Les contractions de la couche

3° L'existence dans les affections du cône d'une paralysie tout au moins partielle du sphincter anal.

4° L'apparition à la suite des lésions du cône d'une perturbation des fonctions génitales. On a signalé l'anaphrodisie, l'impuissance virile, la suppression de toute sensation voluptueuse pendant le coït, le défaut de conscience de l'éjaculation, et enfin l'incorrection de cette dernière, qui, par suite de la paralysie du bulbo-caverneux, ne s'effectue que goutte à goutte. Nous n'accordons toutefois à ces troubles génitaux qu'une valeur diagnostique médiocre, car d'analogues ont été décrits non pas dans des cas d'hystéro-traumatisme pur, mais d'hystéro-neurasthénie traumatique.

Le diagnostic entre les paraplégies hystéro-traumatiques et celles que nous avons envisagées jusqu'à présent n'offre donc aucune difficulté ; il suffit simplement de penser à ces dernières pour les éliminer pour ainsi dire d'emblée. Il n'en est plus de même lorsque les lésions sont moins profondes, moins absolues ; l'expert se trouve alors en présence de paraplégies plus ou moins spasmodiques soit que le spasme ait apparu dès le début de la paralysie, soit qu'il ait succédé à une période de flaccidité. Reconnaître l'existence de la lésion médullaire, dire la part qu'elle prend à la constitution de l'appareil symptomatique dans les cas d'association, est souvent difficile. Cependant la recherche de tous les symptômes que nous avons signalés comme constituant par eux-mêmes

---

circulaire, qui sont surtout marquées au niveau du col, et, par suite, provoquent l'occlusion plutôt que l'évacuation de la vessie, sont intimément soumises à l'influence du grand sympathique lombaire ». Il s'ensuit donc qu'une lésion portant sur le cône terminal ou sur les paires qui en émergent, paralysera la vessie tout en laissant les sphincters à peu près intacts.

ou par leur association des signes de lésion médullaire, le phénomène des orteils de Babinski, la trépidation épileptoïde du pied jointe à l'exagération des réflexes et à la danse de la rotule, la distribution ordinairement radiculaire — de l'anesthésie, de l'hyperesthésie, de la paralysie, de l'amyotrophie —, les troubles trophiques et sphinctériens persistants, l'évolution progressive vers la contracture, la D. R., l'étude des phénomènes extrinsèques et des commémoratifs permettront le plus souvent de porter un diagnostic. Ceci posé, examinons rapidement les diverses paraplégies myélopathiques susceptibles d'être confondues de prime abord avec une paraplégie fonctionnelle.

Paraplégies traumatiques. — Les commémoratifs touchant la nature, la localisation, l'intensité du traumatisme, l'apparition immédiate ou rapide des accidents, le caractère le plus souvent flasque de la paralysie au debut (due au shok médullaire elle se dissipe avec lui), l'évolution vers la spasmodicité et la contracture, l'examen radiographique, la découverte de l'un quelconque des symptômes caractéristiques cités plus haut, éclaireront l'expert.

Paraplégie par compression. — Ce diagnostic est important à plusieurs point de vue, d'abord parce qu'un processus comprimant la moelle peut manifester tout d'un coup sa présence à la suite d'un accident, et ensuite parce que certains ouvriers souffrant depuis un certain temps déjà, mais en secret, d'une compression médullaire, pourraient, un accident survenant, déclarer aussitôt les troubles dont ils sont atteints, en les rapportant à lui et en affirmant avec assurance l'excellence de leur état de santé jusqu'au moment dudit accident.

Quelle que soit la cause de la compression, que ce soit un

mal de Pott agissant par pachyméningite localisée, par carie vertébrale ou par abcès intra-rachidien, que ce soit une tumeur syphilitique, cancéreuse, anévrysmale ou autre, etc., l'expert se trouvera en présence non seulement de phénomènes divers dus à la lésion médullaire, mais encore des symptômes caractéristiques de la compression des racines : les pseudo-névralgies avec ou sans éruption sur le trajet des nerfs émanés des racines comprimées. En outre, les symptômes de la maladie causale, une gibbosité par exemple, l'examen radiographique, le résultat thérapheutique parfois, l'évolution toujours contribueront considérablement au diagnostic.

Au nombre des paraplégies par compression, nous devons mettre celles qui apparaissent à la suite d'une hémorrhagie méningée intra ou extradurmérienne. L'augmentation progressive des troubles, la découverte de l'épanchement par le moyen d'une ponction lombaire, permettent de poser le diagnostic. Il est donc inutile de mentionner les autres symptômes, tels que les phénomènes d'irritation, les douleurs très vives dans le dos, exagérées par la flexion du tronc et irradiées le long des nerfs émanés des racines comprimées, les troubles paralytiques croissants, la légèreté relative de l'anesthésie qui peut atteindre l'appareil uro-génital, les troubles sphinctériens, l'amyotrophie, l'exagération des réflexes, etc., tous secondaires et peu caractéristiques.

Paraplégies par myélomalacée le plus souvent syphilitique. — Laissant de côté les formes déjà étudiées où une lésion très grave provoque une véritable section de la moelle et entraîne une paraplégie flasque permanente, examinons les formes subaigües ou chroniques, à début brusque ou lent, consécutives à une véritable attaque de paraplégie ou développées progressivement, entraînant soit une impotence

absolue du sujet, soit simplement des troubles moteurs qui rendent la marche plus ou moins difficile. Arrivée à sa période d'état cette paralysie est toujours spasmodique. Elle diffère des paraplégies hystéro-traumatiques par : *la triade symptomatique des lésions pyramidales* (exagération des réflexes, clonus du pied, danse de la rotule), le *phénomène des orteils* de Babinski, les *troubles sphinctériens*, les troubles trophiques (*eschares*, etc.), l'atrophie musculaire évidente lorsque la lésion siège au niveau du renflement médullaire, le *peu d'intensité des troubles de la sensibilité*, les douleurs rachidiennes irradiées le long des nerfs lorsqu'il y a méningomyélite, des symptômes tels que : la dissociation syringomyélique de la sensibilité, le *retard dans les perceptions*, les *erreurs dans les localisations*, la perversion des sensations, *l'évolution* vers la contracture. Les commémoratifs nous indiqueront si le sujet est syphilitique, si la maladie actuelle a été précédée de troubles parétiques passagers, si elle a été accompagnée de fièvre. Le traitement spécifique devra être essayé.

Paralysies par hématomyélie. — Comme elles peuvent fort bien apparaître à la suite d'un traumatisme physique ou moral, facteur actif de modifications dans la tension vasculaire, l'expert doit toujours y penser lorsqu'il se trouve en présence d'une paralysie dont le début a été brusque ou apoplectiforme. Voici quels sont leurs signes diagnostiques les plus importants : *Dissociation syringomyélique de la sensibilité* et *amyotrophie* à topographie radiculaire pour certains (Déjerine et Thomas, *Traité de méd. de Brouardel*, t. IX, pag. 631), segmentaire pour beaucoup, en réalité quelquefois radiculaire, souvent segmentaire et généralement diffuse pour peu que le foyer hémorrhagique ait une certaine étendue. — paralysie atrophique, quelquefois flasque (dans les rares cas

où la substance grise est seule altérée) mais le plus souvent accompagnée de *contracture* des fibres musculaires dont les neurones sont en rapport avec les fibres pyramidales excitées par le foyer hémorrhagique, — troubles trophiques divers à disposition variable, — troubles sphinctériens dépendant du siège de la lésion.

Généralement l'hématomyélie intéresse les deux côtés de la moelle, quelquefois elle ne blesse qu'un seul côté, produisant un syndrome de Brown-Séquard, parfois même elle localise ses dégâts à telle ou telle partie antérieure ou postérieure de la moitié droite ou gauche de la moelle. Les signes diagnostiques sont toujours les mêmes, nous les avons indiqués ; ajoutons que la destruction des cornes postérieures produit de l'anesthésie thermique du même côté et de l'analgésie plus ou moins accentuée du côté opposé ; celle des cellules des cornes antérieures entraîne la paralysie amyotrophique des fibres musculaires innervées par elles et celle du faisceau pyramidal, la paralysie spasmodique des muscles correspondants.

Le diagnostic des paraplégies par *syringomyélie* est semblable (simple question de siège) ; ce sont des paralysies avec contracture, exagération des réflexes, clonus, danse de la rotule, avec quelquefois signe des orteils de Babinski ; les troubles trophiques (1), la dissociation de la sensibilité, la

---

(1) Comme caractères différentiels, notons encore que le sens musculaire et celui des attitudes sont ordinairement conservés dans la syringomyélie, tandis qu'ils sont souvent perdus dans l'hystérie ; que les sens spéciaux sont intacts dans la syringomyélie ; que dans l'hystérie, si on pince vigoureusement la peau anesthésiée, ou si on y applique un corps très chaud ou très froid, l'excitation, bien que non perçue par le malade, amène instantanément la dilatation de la

scoliose permettent de ne pas se tromper en dépit de la disposition souvent segmentaire des troubles.

Après l'étude que nous venons de faire touchant les signes diagnostiques des paralysies fonctionnelles et myélopathiques il ne nous semble pas nécessaire d'insister sur les paraplégies qui parfois marquent le début ou surviennent au cours des scléroses en plaques, des scléroses combinées, de la pellagre, du lathyrisme, etc.

Les troubles paraplégiques éphémères mais se répétant, consécutifs à la fatigue des membres inférieurs, expression d'une véritable claudication intermittente de la moelle et prémonitoire souvent d'une paraplégie syphilitique, — la paraplégie des artério-scléreux, — la paralysie périodique de Wesphal (1) — la paraplégie intermittente paludéenne, accompagnée ou non de troubles de la sensibilité et des sphincters, durant quelques heures pour disparaître le plus souvent au cours d'une crise sudorale, et favorablement influencée par la quinine, — sont trop caractéristiques pour être confondus avec les paralysies plus ou moins prononcées de l'hystérie traumatique.

L'expert devra encore penser aux paraplégies réflexes qui

pupille, ce qui démontre l'intégrité ou tout au moins la suffisance des conducteurs de la sensibilité. Dans la syringomyélie, au contraire, le réflexe pupillaire ne répond plus à ces diverses excitations, les voies de conduction de certains modes de sensibilité étant interrompues. Ce dernier signe dépend naturellement du siège de la lésion.

(1) Voici les caractères que lui assigne Déjerine (*Path. gén. de Bouchard*, t. V, p. 563) : « Paralysie flasque subite ou rapide, intégrité de la sensibilité et en général des sphincters, intégrité ordinaire de la face, abolition fréquente des réflexes tendineux, diminution de la contractilité électrique, soif, sueurs, absence de fièvre, retour intégral de la motilité, durée de l'accès de minuit à midi. »

parfois simulent fort bien celles de l'hystérie traumatique. Elles sont le plus souvent sous la dépendance des maladies génitales ou urinaires. « Ce sont, dit Charcot, des affections parétiques ou paralytiques des membres inférieurs survenant dans le cours de certaines maladies des voies urinaires et paraissant devoir être rattachées à celles-ci à titre d'effet consécutif, d'affection deutéropathique. »

Monoplégies et paraplégies par altération des nerfs spinaux. — I. *Paralysies radiculaires.* — Nous ne nous occuperons pas du diagnostic différentiel des monoplégies hystéro-traumatiques et radiculaires, car les signes permettant de le faire sont identiques à ceux que nous mettrons en évidence à propos des paraplégies. Nous allons donc nous occuper directement de ces dernières. Les troubles observés sont à peu de chose près semblables à ceux que nous avons décrits pour les paraplégies par lésion médullaire lombo-sacrée. Seuls les phénomènes douloureux, compagnons habituels des névrites en général et des lésions radiculaires en particulier, donnent à l'appareil symptomatique une physionomie un peu spéciale. Dans tous les cas, le diagnostic avec les manifestations hystéro-traumatiques se fait de la même façon et la présence des douleurs à siège précis et irradiées le long des troncs nerveux ne fait que le rendre plus facile. Nous pourrions donc, nous en rapportant à ce que nous avons déjà dit touchant les signes propres aux paraplégies myélopathiques et à ce que nous dirons à propos des névrites, glisser rapidement sur le diagnostic des paralysies hystéro-traumatiques et radiculaires des plexus lombo-sacrés. Mais en raison du peu de connaissance que l'on a en général des lésions radiculaires de cette région, de la facilité avec laquelle on les méconnaît, du caractère insolite parfois présenté par leur symptomatologie à une période éloignée du début, des fréquentes erreurs

commises sur leur compte en vertu de la tendance trop habituelle des médecins à attribuer aux névroses traumatiques les troubles nerveux post-traumatiques dont la nature leur échappe, nous croyons devoir entrer dans quelques détails et exposer avec soin les signes permettant de les reconnaître, quel que soit le type affecté par elles.

Si, en effet, le diagnostic est facile pour les cas nettement accusés, il n'en est plus de même pour les formes frustes et incomplètes, qu'elles appartiennent à l'hystéro-traumatisme ou aux névrites. C'est dans des cas de ce genre, lorsqu'au moment de l'expertise l'atrophie musculaire peu étendue ne s'accompagne pas d'une réaction de dégénérescence bien évidente, lorsque les réflexes sont à peu près normaux, lorsqu'il n'y a plus de douleurs bien caractéristiques, lorsque les commémoratifs manquent ou paraissent suspects, qu'il est utile de bien connaître la symptomatologie propre aux névrites radiculaires, la distribution des troubles de la sensibilité notamment, distribution que l'hystéro-traumatisme ne reproduit jamais.

Les paralysies radiculaires des plexus lombaire et sacré peuvent être l'expression symptomatique de la lésioou d'une ou plusieurs racines, lésion due le plus souvent à une compression quelconque (esquille, néoplasie tuberculeuse ou syphilitique, etc.), et s'annonçant d'une façon brusque ou progressive. On distingue généralement en clinique trois types principaux.

Le type le plus inférieur est réalisé par suite de l'altération des racines émanées du cône terminal, c'est-à-dire des III, IV, V S. et du nerf coccygien ; la symptomatologie rappellera donc celle du cône terminal au point de lui être même identique d'après certains auteurs (les douleurs irradiées étant mises à part) ; que l'on veuille donc bien se rapporter au chapitre où nous avons traité le diagnostic différentiel des

manifestations de l'hystéro-traumatisme et des affections de cette région. Nous nous contenterons seulement de rappeler que la lésion des III et IV S. entraîne plus spécialement la production d'une anesthésie en selle, siégeant sur la face postérieure et interne des fesses. Elle y affecte la forme d'un fer à cheval ouvert en bas et dont la convexité atteint le bord supérieur du sacrum. Quant aux deux branches du fer, après avoir recouvert la partie moyenne des fesses elles vont se perdre dans le territoire de la II S. La IV S. innerverait le centre du fer à cheval.

Le type moyen résulte d'une lésion siégeant au niveau de la première vertèbre sacrée ou de la cinquième vertèbre lombaire. En plus des troubles précédemment signalés on trouve : 1° l'anesthésie du territoire de la II S., longue bande plus large en haut qu'en bas, située le long de la partie moyenne de la face postérieure du membre et s'étendant de la région fessière à la partie inférieure de la saillie du mollet ; 2° De celui de la I S. qui comprend, au pied — une bande de la largeur d'un ou de deux travers de doigt occupant le bord interne de la face dorsale depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'au gros orteil inclusivement, tout le bord interne et toute la face plantaire à l'exception d'une bande longitudinale en occupant le côté externe et séparée du reste de la face plantaire par une ligne étendue du talon à l'interligne des deux derniers orteils — à la jambe une bande occupant la moitié interne du tiers inférieur de la face postérieure et se bifurquant en haut pour entourer le territoire de la II S. jusqu'à la partie inférieure de la cuisse (d'après Testut) ; 3° De celui de la V L. comprenant une bande qui longe (d'après la plupart des anatomistes) le côté externe de la jambe et du pied, où elle occupe l'espace laissé libre par la I S. Cette racine aboutit au cinquième segment lombaire, centre du clonus du pied.

Le type supérieur est réalisé par une lésion siégeant au niveau de la moitié inférieure du corps de la deuxième vertèbre lombaire, immédiatement au-dessous du cône terminal. On observe dans ce cas avec les troubles sensitifs décrits pour les deux autres types, ceux qui tiennent à l'altération des I, II, III, IV lombaires. Ce sont : Pour la IV L., l'anesthésie des deux côtés interne et externe de la face antérieure de la cuisse, de la face antérieure du genou, de la face antéro-interne de la jambe « territoire très étendu qui a la forme d'un Y dont la branche verticale répond au genou et dont les deux branches divergentes embrassent dans leur écartement le territoire de la III L., constitué par un triangle situé à la face antérieure de la cuisse, triangle dont la base répond à l'arcade crurale ». Le territoire de la II L. est situé à la partie antéro-supérieure de la cuisse, il répond à l'aire d'un triangle dont le sommet arrive à l'épine iliaque antéro-supérieure, dont un côté longe la moitié externe de l'arcade Fallope et dont la base est représentée par une ligne plus ou moins échancrée allant dudit milieu du ligament de Poupart, à la partie moyenne d'une ligne joignant la crète iliaque au condyle externe du fémur. La lésion de la I L. enfin, entraîne l'anesthésie d'une bande de trois travers de doigt environ, située à la partie inférieure de la paroi abdominale et parallèle à l'arcade qu'elle longe : sa limite supérieure est figurée par une ligne concave en haut qui représente presque la moitié inférieure d'une ellipse dont la partie supérieure répondrait à l'échancrure costale et dont le foyer inférieur serait représenté par l'ombilic ; elle comprend la région sus-pubienne, la racine de la verge et la portion supérieure des bourses. En arrière, elle ne dépasse pas en haut une ligne horizontale unissant le sommet des deux crètes iliaques.

Les limites que nous venons ainsi d'assigner aux territoires radiculaires n'ont en réalité rien de bien absolu ; nous les

avons données du reste simplement à titre d'indication. Elles suffisent cependant au clinicien et lui permettent de reconnaître les anesthésies radiculaires. Les troubles de la motricité son bien moinsimportants parce que moins bien connus.

Troubles de la motricité. — Si toutes les racines sont atteintes on a le même tableau que lorsque la lésion frappe la moelle lombaire, les signes diagnostiques sont les mêmes, inutile de les rappeler; mais s'il n'y a qu'un petit nombre de racines malades on observe des paralysies diverses, portant sur tel ou tel groupe musculaire (1). La distribution de ces paralysies contribue dans une bien faible mesure à éclairer l'expert et l'intéresse bien moins que celle des troubles de la sensibilité et des troubles trophiques.

OBSERVATION INÉDITE DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE Pr GRASSET. — *Monoplégie crurale hystéro-traumatique.* — X..., 25 ans, charretier, sans antécédents pathologiques, héréditaires ou personnels intéressants.

Histoire de la maladie. — Le 19 juillet 1902 il était assis à l'avant d'une charrette qu'il conduisait, lorsque le cheval eut peur et s'emporta. Il essaya, mais en vain, de le maîtriser. Au bout de quelques instants, la sous-ventrière cassa et la charrette culbuta en arrière. Projeté sur le sol il tomba sur le côté

(1) Les Professeurs Forgue et Lannegrace ont montré que chaque racine commande à une région donnée, qu'elle s'y distribue dans des territoires topographiques constants, mais fonctionnellement indéterminés; qu'elle est la racine d'un département musculaire donné, mais non d'une fonction. Le centre fonctionnel est localisé plus haut, comme nous l'avons dit quand nous avons parlé des nerfs articulo-moteurs.

gauche. Il put se relever aussitôt et prendre le cordial qu'on lui présenta ; après quoi il s'évanouit. Il ne revint à lui qu'au bout de trois heures. Il était tout contusionné mais nullement paralysé.

Le lendemain il éprouva de la difficulté pour uriner, trois jours plus tard la rétention fut complète et le médecin fut obligé de le sonder. Ces troubles vésicaux, nous dit-il, persistèrent trois mois pendant lesquels il dut se sonder lui-même. Mais déjà, huit jours après l'accident, il éprouvait dans la jambe gauche une faiblesse qui alla en s'accentuant pendant trois semaines. La marche devint de plus en plus difficile.

Examen (*février* 1903). *Motilité.* — Normale pour la face, les membres supérieurs et le membre inférieur droit. En ce qui concerne le membre inférieur gauche, le malade peut remuer les orteils, fléchir et étendre le pied sur la jambe, la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin ; il peut aussi soulever le membre étendu. Mais tous ces mouvements se font également très mal, sans force aucune et nécessitent apparemment un très grand effort. La moindre résistance suffit pour les empêcher.

Si l'on suspend brusquement la résistance que l'on oppose à un mouvemment donné (extension de la jambe sur la cuisse, par exemple), le mouvement s'arrête immédiatement, il ne continue pas à s'effectuer et la jambe reste immobile dans la position où elle était lors de la suppression brusque de la résistance. C'est le signe d'Hœslin.

Les mouvements automatiques s'accomplissent bien mieux que les volontaires. Par exemple, tandis que au commandement le malade fléchit péniblement la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, il porte (étant étendu sur le lit) très facilement le talon gauche sur son genou droit. Or, dans cet acte, il fléchit automatiquement la cuisse gauche sur le tronc et la jambe sur la cuisse.

Prié d'accomplir la manœuvre de la flexion combinée de la cuisse et du tronc, il ne peut y arriver, mais les deux jambes restent constamment dans le même plan horizontal ; la gauche ne s'élève pas au-dessus de la droite. Si on appuie sur les genoux, il parvient à s'asseoir, mais difficilement.

Mis dans la position gynécologique, la jambe gauche retombe immédiatement.

Marche. — *a)* La marche en avant quoique difficile est possible sans canne. Il traîne la jambe gauche. Quand il la ramène d'arrière en avant, il racle le sol avec tout le plat du pied, et dans ce mouvement le pied gauche n'est pas porté en avant du droit comme il devrait l'être dans la marche normale ; *b)* la marche à reculons est plus difficile, elle s'accomplit à petits pas, le pied gauche ne quitte pas le sol, il est ramené d'avant en arrière au niveau du pied droit qu'il ne dépasse pas ; *c)* la marche de flanc se fait également mal des deux côtés, le pied gauche traîne sur le pavé dans les deux sens.

Réflexes. — Ils sont normaux aux membres supérieurs ; aux membres inférieurs les réflexes rotuliens sont très exagérés des deux côtés. Mais il n'y a pas de danse de la rotule ni de clonus du pied. Le réflexe achilléen est normal des deux côtés. Le réflexe crémastérien est également normal et il n'y a pas de Babinski.

Sensibilité. — Le malade accuse une sensation d'engourdissement dans la jambe gauche. Il présente de l'anesthésie dans tout le membre inférieur gauche ainsi que dans la moitié gauche du tronc jusqu'à une ligne horizontale passant à quatre travers de doigt au-dessus du mamelon.

Observation inédite due a l'obligeance de M. le Dr Castagné (ex-interne des hôpitaux). — *Monoplégie crurale droite partielle avec contracture de nature hystéro-traumatique*

(avec peut-être un peu de neurasthénie associée). — Mme N..., 22 ans, mercière, victime d'un tamponnement dans une gare pendant la nuit du 16 au 17 novembre 1900.

Antécédents héréditaires. — Père vivant, 55 ans, excellente santé ; mère morte il y a 6 ans d'une maladie de foie ; a un frère âgé de 28 ans et une sœur de 14 ans, jouissant tous les deux d'une bonne santé.

Antécédents personnels. — Pas de maladies ; n'a jamais eu de crises de nerfs mais a toujours été très impressionnable et trés émotive, riant et pleurant sans motifs. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans, toujours très active, s'est mariée à 18 ans, a eu deux enfants, morts, l'un à un an d'une méningite, l'autre à 28 jours d'une entérite. Le mari n'est pas Français ; c'est elle qui dirige le commerce, fait les achats et s'occupe de la clientèle. Femme intelligente, s'exprimant très facilement et très avenante.

État actuel au 2 mars 1901. — N... lors de notre visite à 5 heures du soir, est couchée ; dès notre arrivée elle se plaint d'un violent mal de tête siégeant dans la partie droite du crâne, céphalée qui ne l'empêche pas de répondre nettement à nos questions et de suivre avec intérêt et attention les diverses phases de notre examen ; le regard est vif, la voix ferme et décidée. Ayant eu déjà à plusieurs reprises l'occasion de la voir, nous la trouvons un peu maigrie et pâlie. La température axillaire s'élève des deux côtés à 36.4. La mensuration des bras nous donne 22 centimètres de circonférence à droite, 21 à gauche ; celle des avant-bras 20 centimètres des deux côtés ; celle des mollets, 31 à droite, 30 à gauche ; celle des cuisses 44 des deux côtés. Ces mensurations ont été pratiquées au niveau de la partie moyenne des segments de membres.

Léger ptosis de la paupière supérieure droite ; réflexe cornéen aboli à droite, conservé à gauche ; réflexe de l'éternue-

ment aboli à droite, intact à gauche ; réflexe pharyngé conservé. Sensibilité du conduit auditif normale à gauche, abolie à droite.

Psychisme. — La mémoire est conservée ; N... se rappelle très bien ce qui a trait à ses affaires, à ses intérêts ; elle nous raconte l'accident avec les plus grands détails. Elle accuse seulement de l'insomnie depuis le 17 novembre ; ce ne serait que vers les 4 ou 5 heures du matin que, brisée par la fatigue, elle s'endort pendant quelques heures d'un sommeil léger que trouble le moindre bruit.

Troubles de la sensibilité. — La moitié gauche du corps est impressionnable par le froid, le chaud, le contact, la douleur. Il n'en est pas de même de la moitié droite où nous trouvons, outre quelques points hystérogènes, des zones d'anesthésie irrégulièrement distribuées ; c'est ainsi que la partie antérieure de l'avant-bras, la paume de la main, les doigts sentent la pointe de l'épingle. A la partie postérieure de l'avant-bras, au dos de la main, il faut appuyer fortement l'épingle pour provoquer la sensation de contact. Au bras la sensibilité est diminuée surtout à la partie antérieure.

Tandis que la sensibilité de la jambe gauche est normale, celle de la jambe droite est complètement supprimée : on peut sans provoquer la moindre plainte pincer, tordre, traverser avec une épingle la peau du membre inférieur droit, la malade ne sent rien et nous cite l'exemple de sinapismes oubliés sur sa jambe il y a quelques temps sans qu'elle s'en fût aperçue, d'un bain très chaud, qui n'avait pas éveillé de douleurs à cette jambe droite. A noter la conservation d'un léger degré de sensibilité à tous les modes sur la face interne de la cuisse droite. Le réflexe plantaire est aboli à droite, conservé à gauche. Le réflexe rotulien est conservé à gauche; il ne peut être provoqué à droite par suite du degré de la contracture.

Troubles de la motilité. — La jambe droite est raide et dans l'extension ; la malade la soulève tout d'une pièce, l'articulation coxo-fémorale ayant conservé toute sa liberté ; mais les mouvements volontaires des articulations fémoro-tibiale et tibio-tarsienne sont impossibles ; il en est de même des mouvements provoqués. Quand on essaie de fléchir la jambe sur la cuisse on éprouve une résistance très grande. Le pied est en extension forcée sur la jambe. Cependant lorsqu'on met la malade dans la station debout, le poids du corps détermine la flexion du pied sur la jambe et la malade peut marcher en faisant glisser la pointe du pied sur le sol qu'elle n'abandonne jamais ; la jambe se meut dans un plan rigoureusement perpendiculaire au sol.

Les mouvements de toutes les autres articulations sont parfaitement conservés.

Je dois rappeler ici l'existence de contractures fugaces que j'ai pu observer dans des examens antérieurs et ayant donné lieu à des troubles variables, suivant le muscle atteint : estomac, intestin grêle, gros intestin, sphincter anal, vessie, muscles du dos et de la nuque.

Troubles des organes des sens. — 1° *Vision* : Il y a un mois environ N... lisait un journal quand, brusquement, sa vue se brouilla ; fermant alors alternativement l'œil gauche et l'œil droit, elle constata une diminution très notable de la vision droite. C'était le soir et le lendemain dans l'après-midi elle se fit porter chez un oculiste, le Dr Villard, qui ne constata aucune lésion du fond de l'œil. Non contente de cet examen, elle consulta un autre oculiste qui lui conseilla l'électricité pour un temps éloigné. N... rentra chez elle très surexcitée par les interrogatoires subis ; elle avait failli avoir une crise nerveuse chez un de nos confrères et pendant qu'elle racontait ces péripéties à son mari, elle constata brusquement le retour de la vision de l'œil droit. Aujourd'hui la pupille droite

a des dimensions normales, elle réagit peu à la lumière. A l'examen ophtalmoscopique pratiqué sans atropinisation, on constate la parfaite transparence des milieux, l'intégrité de la membrane rétinienne, l'état normal des vaisseaux rétiniens et de la papille optique. Les deux papilles sont du reste absolument semblables. Il existe un rétrécissement du champ visuel surtout marqué du côté temporal. Il n'y a pas de polyopie monoculaire, pas de dyschromatopsie, sauf pour le jaune qu'elle confond avec le vert. Du côté gauche l'œil est absolument normal.

2° *Ouïe :* Elle a de temps en temps des bourdonnements d'oreille et perçoit des bruits qu'elle compare au ronflement de la machine. Ces sensations sont passagères et ne s'accompagnent pas d'état vertigineux.

3° *Goût et odorat :* La sensibilité gustative est normale, l'olfactive est parfois paralysée.

État général. — Pouls à 100, tachycardie régulière et permanente, constatée déjà plusieurs fois. Bruits du cœur normaux. Rien à signaler aux poumons. Digestions lentes, alternatives de constipation et de diarrhée, troubles dus peut-être à la vie éminemment sédentaire que la malade mène depuis son accident. En proie à des préoccupations d'ordre matériel dues à l'état de souffrance de ses affaires depuis qu'elle ne peut plus s'en occuper, elle est devenue extrêmement irritable, supportant avec peine la contradiction et n'admettant guère, comme autrefois, les hésitations de ses clientes toujours lentes à se décider, quand il s'agit de choisir entre les multiples éléments de la toilette féminine.

Pour la première fois depuis l'accident, les règles n'ont pas paru au moment voulu, c'est-à-dire, il y a huit jours ; il est actuellement impossible d'en affirmer la cause.

Étiologie. — Il est hors de doute que la brusque secousse imprimée au wagon dans lequel se trouvait N..., dans la gare

de X***, a été la cause déterminante des troubles multiples qui se sont succédés, depuis le 17 novembre 1900, dans son état : troubles psychiques, troubles de la sensibilité, de la motilité, des organes des sens et de la santé générale. Elle a pu monter seule dans son wagon à la gare de départ ; elle a ressenti de vives douleurs dans les reins et les jambes seulement au moment où, après le raccord des wagons, le train s'est mis en marche. Ces douleurs ont augmenté au point que, devant changer de train, elle ne put marcher et dut être transportée.

Quand je la vis, à 4 heures du matin, à la gare, les deux jambes étaient tétanisées et la pression de la région lombaire provoquait de vives douleurs. Il était alors impossible de savoir exactement si nous nous trouvions en présence d'un hystéro-traumatisme ou d'une paraplégie due à une lésion de la moelle. La marche de la maladie, la disparition rapide de la contracture de la jambe gauche, l'absence de troubles sphinctériens, l'absence d'atrophie musculaire, l'intégrité des réactions électriques, la distribution bizarre de l'anesthésie et l'évolution de la maladie, nous firent rapidement abandonner toute idée de lésion médullaire.

Pour combattre ces troubles, divers traitements ont été employés, sans succès du reste : Antispasmodiques, bain, douche, drap mouillé, électricité, massage. Nous pensons, néanmoins, que la guérison arrivera vraisemblablement dans un temps qui peut être prochain ou plus ou moins éloigné, ainsi qu'il arrive d'habitude une fois la question d'indemnité tranchée. Mais il serait téméraire d'assigner un délai à cette guérison et de dire si elle sera complète. On peut encore moins dire si X... conservera de son accident autre chose que le souvenir désagréable de plusieurs semaines passées dans son lit à attendre le retour du mouvement dans sa jambe droite et le règlement d'une indemnité qui joue et

jouera toujours le rôle le plus important au point de vue curatif de l'hystéro-neurasthénie traumatique.

N... toucha peu après une forte indemnité. Aujourd'hui, 31 juillet 1903, elle jouit de toutes les apparences de la santé et vaque à ses occupations, sans avoir le moins du monde l'air d'être incommodée.

Signalons, comme particulièrement intéressantes à consulter, les publications suivantes :

Buck (de), Paraplégie traumatique, *Belgique médicale*, Gand, Haarlem, 1902, I, p. 19 ; — Charcot, Hystéro-traumatisme, *Leçons du Mardi*, 17 janvier 1888, pag. 111 ; *Ibidem*, 1888-1889, pp. 63 et 175 ; *Semaine méd.*, 1887, p. 400 ; — Furet, *Thèse*, Paris, 1888 ; — Gerest, Monoplégie brachiale hystérique, *Lyon méd.*, 1898, p. 449 ; — Hauser et Beauvy, Paraplégie spasmodique avec clonus et Babinski de nature vraisemblablement hystéro-traumatique, *Soc. de Neurol.*, 2 avril 1903 ; — Hun, Hysterical paraplegia in children, *Intern. clin. Philadelphia*, t. IV, 1892, p. 239 ; — Jaccoud, Les paraplégies et l'ataxie du mouvement, Paris, 1864 ; — Lapin, Monoplégie crurale hystéro-traumatique, *Médecine moderne*, 1897, N° 61 ; — Oseretzkowsky, Paraplégie et aphonie hystéro-traumatique, quelques cas d'hystérie dans les troupes russes, *Arch. de Neurol.*, nov. 1886, p. 269 ; — Pontoppidan, Centralbl. f. Nervenh., 1886, p. 51 ; — Potain, Paraplégie hystérique, *Gaz. des Hôp.*, 1879, p. 618 ; — Raymond, Paraplégie hystérique par autosuggestion, simu-

lant une paraplégie syphilitique, *Progrès méd.*, 8 avril 1888 ; Sur deux cas d'hystérie mâle, *Leçons cliniques*, t. III, XXXVI ; Paraplégie hystéro-traumatique, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1900, t. IV, leçon XXIV ; — Sicard et Riche, Paraplégie hystéro-traumatique avec contracture, *Presse méd.*, 1898, pag. 225 ; — Simon J., Fausse paraplégie et troubles musculaires hystériques chez les jeunes garçons, *Progrès méd.*, 6 janv. 1894 ; — Simpson, Paraplégie hystéro-traumatique, *Revue Neurol.*, 1897, pag. 265.

DE QUELQUES FORMES MOTRICES PEU IMPORTANTES DE L'HYSTÉRIE TRAUMATIQUE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Paralysies segmentaires. — Il est des cas où l'hystérie traumatique se borne à frapper de paralysie un segment articulaire. Le syndrome qui en résulte est très simple. Deux points le caractérisent : 1° Parésie ou paralysie diffuse de tous les muscles moteurs de l'articulation ; 2° superposition à la paralysie de troubles sensitifs consistant très généralement en anesthésie et affectant une disposition segmentaire à peu près caractéristique. L'anesthésie qui présente les caractères ordinaires de l'anesthésie hystérique, s'arrête brusquement au niveau d'une ligne circulaire « ligne d'amputation », qui sépare les parties malades des parties saines. Cette disposition segmentaire des troubles observés doit être attribuée à l'hystérie toutes les fois qu'on ne trouvera pas à côté, des symptômes révélateurs d'altérations syringomyéliques. Nous nous sommes déjà expliqués sur ce point (Voir p. 128).

Cependant, certains auteurs ont prétendu que l'hystérie et les lésions syringomyéliques n'étaient pas seules capables d'entraîner des troubles segmentaires. Ils avaient vu des phénomènes analogues (anesthésie en gant, en manchette, etc.), apparaître chez des sujets atteints depuis longtemps de névrite et avaient cru devoir les rattacher à cette dernière. Ils tendaient à confondre deux syndromes développés ordinairement sous l'influence d'une même cause, mais distincts. Nous allons

y revenir à propos du diagnostic différentiel des paralysies hystériques et névritiques.

Diagnostic différentiel des paralysies hystéro-traumatiques et névritiques. — Laissons de côté les paralysies névritiques dont le mode d'apparition, au milieu de phénomènes généraux, est suffisamment caractéristique et occupons-nous seulement de celles qui peuvent être confondues avec les paralysies hystéro-traumatiques.

Localisées à un seul tronc nerveux ou s'étendant à plusieurs, les névrites se présentent à nous sous des formes multiples : névrites apoplectiformes, névrites ascendantes, névrites multiples généralisées ou localisées. Leur étiologie est variable et l'on observe des névrites traumatiques, des névrites toxiques, des névrites dyscrasiques, des névrites infectieuses, des névrites à frigore et des névrites vasculaires par artérite. Les unes entraînent surtout des troubles moteurs, comme la névrite saturnine dans laquelle les troubles sensitifs font défaut ou sont relégués au second plan ; les autres se caractérisent essentiellement par des manifestations douloureuses, comme les névrites alcooliques et tuberculeuses ; la plupart sont à la fois sensitives et motrices.

Mais en dépit de ces dehors différents qui tendent à les séparer, les névrites se relient entre elles par des caractères essentiels, fondamentaux qui permettent de les reconnaître en attendant qu'un examen plus approfondi vienne déceler leur nature. Ces caractères fondamentaux sont constitués par :

1° Les troubles de la sensibilité et principalement la douleur ;

2° Les troubles moteurs, parésie ou paralysie ;

3° Les troubles trophiques, l'amyotrophie surtout ;

4° L'altération des réactions électriques, avec la D. R. partielle ou totale. Mais encore au-dessus de tous ces caractères

plane, incomparablement plus important, le suivant qui suffit à différencier les troubles névritiques de ceux de l'hystéro-traumatisme :

5° La localisation des troubles au domaine du nerf atteint ; leur mode de distribution représente celui des filets nerveux malades ; la douleur existe irradiée sur le trajet du nerf, spontanée et exacerbée par la pression ou par l'élongation du nerf (signe de Lasègue). Quelquefois ce sont les extrémités nerveuses qui sont surtout atteintes, et la douleur apparaît ou s'exagère lorsqu'on exerce une pression sur les tissus où elles se terminent. La parésie, l'amyotrophie n'atteignent que les muscles innervés par le nerf malade, etc.

Nous sommes donc à même de résoudre facilement le problème diagnostique qui nous occupe. Jusqu'à présent, en effet, il est entendu que l'hystérie procède par segment de membre et non par territoires nerveux. Les troubles hystéro-traumatiques ne se localisent pas au territoire d'un nerf (1) ; ils affectent une distribution morphologique, suivant l'expression de Charcot, bien différente par conséquent de celle des troubles névritiques. Le fait du reste est suffisamment établi, il n'y a donc pas lieu d'y insisterdavantage.

---

(1) Nous avons trouvé quelques observations tendant à infirmer un peu cette règle. Elles ne nous ont pas paru suffisamment probantes. (Voir cependant : Achard et Soupault, Névralgie sciatique hystérique, *Méd. moderne*, 1892 ; J.-S. Bristowe, Hysterical péripher. neurito chez une femme atteinte de dissociation syringomyélique de la sensibilité, *Brit. med. j.*, p. 1098, 19 nov. 1892 ; — Vulpian, Sciatique amyotrophique hystérique (?), *Maladies du système nerveux*, t. II, note de la page 590 ; Négro, Névralgie dans le territoire du plexus brachial de nature hystérique, *Rev. icon. des mal. nerv. de la polycl. g^le de Turin*, 1898, p. 38. Il s'agit là non d'hystérie pure, mais d'association et de neuro-arthritisme.

Je sais bien qu'au cours de certaines intoxications par l'alcool, notamment, on voit survenir des phénomènes parétiques ou douloureux, coïncidant avec l'existence de troubles sensitifs à distribution morphologique (gant, manchette, etc.). On a tout mis, pendant longtemps, sur le compte des altérations névritiques. Il est acquis aujourd'hui que ces troubles sensitifs à distribution segmentaire sont le fait d'une hystérie associée et développée le plus souvent par suite de l'intoxication de l'économie.

Avant d'abandonner ce chapitre nous tenons à appeler l'attention sur deux formes de névrites particulièrement intéressantes au point de vue qui nous occupe, par suite des conditions spéciales au milieu desquelles elles apparaissent. Ce sont : la névrite apoplectiforme et la névrite ascendante.

Névrite apoplectiforme. — Un ouvrier étant au travail veut poser le pied droit sur un tas de charbon de 0 m. 50 c. de haut. Il va élever le pied droit au-dessus du sol et s'appuie sur la jambe gauche qui, brusquement, se dérobe en même temps qu'il éprouve une vive douleur. Il tombe sur le côté gauche et son membre est paralysé : il est atteint d'une névrite apoplectiforme. — Un jeune homme tombe de deux ou trois marches sur l'épaule et se relève avec une monoplégie : il vient d'être frappé d'une névrite apoplectiforme. Ce deuxième exemple est celui qu'a publié Remak lorsque, le premier, il a signalé dans le n° 9 du *Berlin. Klin. Wochenschrift* de 1877, à la page 46, l'existence de ces névrites apoplectiformes.

Leur symptomatologie est simple. Sans symptômes prémonitoires, brusquement, en un clin d'œil, le sujet tombe après avoir éprouvé une vive douleur en un point placé sur le trajet d'un tronc nerveux, et presque aussitôt apparaît la paralysie de tout ce qui tire son innervation de la partie du nerf située au-dessous de l'endroit malade. Peu après s'ins-

tallent tous les symptômes des névrites. La terminaison, d'après les auteurs, est d'ordinaire rapidement favorable.

Névrites ascendantes. — Ce sont des névrites qui se développent après une infection locale, le plus souvent post-traumatique. La cicatrisation se fait mal, la plaie devient le siége de douleurs qui, peu à peu, remontent le long du trajet des nerfs, passant d'un filet nerveux à un autre, envahissant même le membre tout entier (Gilles et Chipault, *Presse méd.*, 1896). Bientôt apparaissent tous les signes des névrites et le diagnostic est fixé.

Association de troubles hystéro-traumatiques et névritiques. — Cette sorte d'association se présente souvent dans la pratique. Démêler la part des symptômes observés qui revient à chacun des facteurs étiologiques est chose malaisée, souvent impossible. Le fait a cependant une grande importance médico-légale, beaucoup d'ouvriers étant des intoxiqués à divers degrés.

Moty a publié dans le *C. R. du Xe Congrès français de chirurgie*, Paris, 24 octobre 1896, un article très intéressant sur ce sujet. Voici, du reste, ses conclusions que nous donnons sous toutes réserves :

1° Les névrites traumatiques sont très souvent compliquées de symptômes hystériques ;

2° Leur gravité est, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnelle au rétrécissement du champ visuel ;

3° L'apparition des phénomènes hystéro-traumatiques précoces, à la suite de la blessure d'une région riche en réseaux nerveux, doit faire redouter une névrite consécutive ;

4° Quand une névrite résiste aux traitements usuels, la cause est le plus souvent dans un substratum hystérique très accusé ;

5° La névrite traumatique progressive n'est peut-être

elle-même qu'une manifestion trophique de l'hystérie localisée dans les nerfs périphériques lésés.

Des paralysies hystéro-traumatiques sans anesthésie. — Parmi les signes objectifs de l'hystéro-traumatisme, l'anesthésie est un de ceux qu'il est le plus difficile de simuler ; il acquiert ainsi une valeur considérable au point de vue médico-légal.

On a cru pendant longtemps que cette anesthésie ne pouvait manquer et que la grande névrose n'existait pas sans elle. Gendrin, le premier (*Bull. de l'Académie*, 1846, p. 367), avait affirmé sa constance, et après lui Beau (*Arch. de méd.* p. 10, 1848), Henrot (*thèse* Paris, 1847) et une foule d'observateurs, partagèrent entièrement son avis et posèrent en principe que : n'étaient pas hystériques les syndromes d'où l'anesthésie était absente ; que chez tous les hystériques, à un moment donné tout au moins, on découvrait en un point quelconque du corps, sur la peau ou sur les muqueuses, une zone plus ou moins étendue, quelquefois même très limitée, d'anesthésie. Il suffisait pour cela de suivre le malade pendant un certain temps.

Cette proposition était grosse de conséquences pratiques ; elle facilitait la solution du problème de la simulation mais elle était trop absolue et ne répondait pas à la totalité des faits. Landouzy, Briquet, Jaccoud entre autres l'avaient déjà fait remarquer, mais c'est surtout Germain Sée et son élève Huchard (*Thèse*, Paris, 1881) qui l'établirent définitivement. Ce dernier, dans sa thèse, signala plusieurs cas de paraplégie hystérique sans anesthésie. Plus tard, Miura (*Arch de neurol.* p. 321, 1893) rapporta un cas de monoplégie brachiale, également sans anesthésie, et Charcot réussit à reproduire dans l'hypnotisme de semblables paralysies.

La preuve de leur existence semble donc faite ; mais comme

toujours, il ne faut pas accorder trop d'importance aux cas exceptionnels.

Du bégaiement hystéro-traumatique. — Nous avons eu l'occasion d'observer une malade qui, à la suite d'un choc moral et matériel, a présenté des troubles pselliformes (ψελλῖσμος = bégaiement) de nature hystérique. Voici l'observation :

Y. B..., âgée de 16 ans, réglée à 14 ; flux menstruel peu abondant et irrégulier.

Fille d'un père neurasthénique et d'une mère migraineuse, elle n'a jamais été malade. Elle accuse simplement un peu d'anémie caractérisée par de la pâleur des téguments, de l'essoufflement facile et une légère céphalée matutinale.

Nous ne relevons parmi ses antécédents personnels aucun trouble névropathique.

Histoire de la maladie. — Y. B..., appuyée au bras d'une amie, se promenait dans un parc, quand tout à coup, d'un massif de jasmin, surgit un domino noir et rose qui la saisissant à la gorge, étouffe sous un baiser le cri prêt à jaillir de sa bouche entr'ouverte et s'enfuit.

La jeune fille tombe chancelante sur un banc, elle est fortement oppressée et tremblante. Au bout de quelques instants les membres se raidissent, la tête se renverse en arrière, les paupières mi-closes ne laissent apparaître que le blanc des yeux. Elle fait quelques inspirations prolongées, bruyantes, convulsives et enfin pleure abondamment. Dès lors, reprenant possession d'elle-même, elle dit : «Amélie *don...n...ne*-moi le bras ; *p...p...p...*artons, j'ai peur. Elle bégayait.

Examen. — Facies d'anémique. La commissure labiale droite paraît légèrement attirée en dehors et en haut, la

joue gauche semble aplatie ; le sillon naso-labial droit est un peu plus profond que le gauche. La moitié droite de l'orbiculaire des lèvres et le grand zygomatique sont agités de petites contractions fibrillaires, devenant plus apparentes lorsque la malade ouvre la bouche. L'ouverture buccale est plus large à droite qu'à gauche. La langue est le siége de quelques contractions spasmodiques ; elle est un peu déviée à droite.

La tonicité musculaire est normale à gauche ; elle est un peu exagérée à droite, au niveau de l'orbiculaire des lèvres, du buccinateur et du grand zygomatique.

Les diverses actions motrices sont intactes. Toutefois, on constate que la malade éprouve un peu de peine à tirer la langue. Elle siffle très bien ; la mastication, la déglutition s'effectuent normalement ; il en est tout autrement de la phonation :

Veut-elle parler, sa physionomie exprime une angoisse particulière ; les ailes du nez s'ouvrent fortement ; elle inspire bruyamment à plusieurs reprises. Des contractions musculaires secouent la commissure labiale droite ; les yeux s'ouvrent largement. Les deux lèvres à peine entr'ouvertes se portent spasmodiquement en haut, en avant et un peu à droite ; le maxillaire inférieur tremble légèrement. Quand la bouche s'ouvre, la langue apparaît fortement appliquée sur la face postérieure des incisives inférieures et agitée de tremblements fibrillaires.

Elle répète convulsivement une lettre, une syllabe pour bientôt s'arrêter non moins convulsivement devant une autre. C'est surtout devant les mots commençant par b, f, m, p, v, qu'elle paraît embarrassée. Les lèvres sont agitées de mouvements choréiques et au lieu du mot on entend d'abord un souffle avec renforcement.

La parole est traînante, hésitante, monotone, sans rythme

et sans accent. Elle met fréquemment des *r* et des *l* devant les mots commençant par une voyelle, comme si cet artifice lui permettait de s'exprimer plus facilement.

Bien peu de phrases sont prononcées correctement, soit dans la conversation, soit dans le chant.

Parfois, lorsque la malade est en présence d'un mot qu'elle ne peut prononcer, pendant qu'elle se livre à des efforts convulsifs, on voit les doigts de la main gauche se raidir et se fléchir aux trois quarts, seuls l'annulaire et l'auriculaire restent à peu près étendus ; en même temps le sourcil droit s'abaisse et l'œil droit se ferme à demi.

Le bégaiement s'atténue très sensiblement dans l'obscurité.

Nous lui avons fait écrire une phrase qu'elle venait de prononcer incorrectement et en sautant un mot. Nous avons constaté sur le papier l'omission du même mot. Nous lui en avons fait la remarque. Trois minutes après, nous lui avons redicté la même phrase, intercalée parmi d'autres ; la même omission a été commise.

Sensibilité. — La sensibilité tactile est intacte. La sensibilité à la piqûre est nettement diminuée sur la moitié droite des lèvres et de la langue. Pour que la malade ait la sensation de deux piqûres les pointes de l'esthésiomètre ont besoin d'être plus écartées à droite qu'à gauche de 0.008 millimètres environ. Il n'y a ni retard dans la transmission, ni erreur dans les localisations, ni redoublement dans la perception.

L'amertume n'est pas perçue dans la moitié droite de la langue mais le dépôt d'acide citrique sur la même région entraîne une salivation abondante. L'odorat, l'ouïe, la vue sont normaux. Il existe un rétrécissement concentrique du champ visuel à droite avec une vision pour le rouge aussi étendue, sinon plus, que celle du blanc.

Ovarie, zone hystérogène sous-mammaire droite.

Réflexes. — Les réflexes tendineux sont normaux, les

cutanés sont plutôt exagérés. Parmi les réflexes muqueux, le conjonctival, le cornéen, le pharyngé sont abolis ; le réflexe à l'éternuement est conservé. Les réflexes pupillaires sont intacts. Il y a de la dermographie.

Pas de troubles trophiques. Le sommeil est parfois troublé par des cauchemars bruyants dont la malade ne se souvient jamais au réveil.

Psychisme. — Nous constatons de l'aprosexie, de l'amnésie de fixation, une émotivité considérable ; elle palpite et tremble au moindre contact.

Du côté des autres appareils, nous relevons simplement l'existence d'un souffle extra-cardiaque à la pulmonaire, d'un bruit de diable dans les carotides et surtout de quelques mouvements inspiratoires brusques, convulsifs, se produisant parfois en dehors de tout acte phonatoire.

Traitement. — Hydrothérapie chaude, frictions sèches, massage. Toniques généraux. Suggestion.

Evolution. — Cet état reste stationnaire pendant 17 jours. Le matin du dix-huitième, la malade se réveille *complètement* guérie. Aucun phénomène nocturne particulier ne s'était produit, si ce n'est un violent orage avec éclairs et tonnerres que la malade prétend ne pas avoir entendu.

Voilà donc un cas où un choc à la fois émotionnel et physique a été suivi d'une crise névrosique avec hémispasme glosso-labié et troubles psellifornes dont la nature hystérique est évidente. Mais des observations aussi nettes sont rares et il faut convenir que s'il est facile de porter le diagnostic symptomatique de bégaiement, il est parfois fort difficile d'en déterminer la nature.

Or donc, en présence d'un malade se plaignant de troubles d'élocution, le médecin devra se demander : « *Est-ce du bégaiement* » et différencier celui-ci d'avec : le balbutiement,

le bredouillement, l'achoppement syllabique dont les caractères ont été bien donnés par Kussmaul (*Troubles de la parole*, trad. par Ball, Paris 1884) ; le zézaiement dû simplement à une manœuvre vicieuse de la langue dans la prononciation des consonnes soufflées z, s ; la parole empatée de l'hémiplégique ; la blésité de l'imbécile ; les saccades particulières des choréiques ; la parole lente et scandée de la sclérose en plaques ; la parole nasonnée et traînante de la paralysie labio-glosso-laryngée ; la parole des paralytiques généraux « caractérisée au début par une sorte de temps d'arrêt, de suspension ou d'effort, d'hésitation avant la prononciation de certains mots ou de certaines syllabes, en particulier devant les labiales », et plus tard par le bredouillement, par cette manière de faire du sujet qui mutile les mots, réduit le nombre de leurs syllabes dit *atrillerie*, pour artillerie, etc.., maladies pour le diagnostic desquelles la recherche des symptômes concomitents sera d'un grand secours.

Le diagnostic de bégaiement posé, il faudra en fixer la nature et se demander : « Est-ce le bégaiement ordinaire qui, comme on sait, ne guérit guère ; est-ce le bégaiement hystérique qui lui, au contraire, peut disparaître à un moment donné ? Voici les éléments de ce diagnostic :

Tandis que le bégaiement vulgaire fait constamment, d'après la plupart des auteurs, son apparition avant l'âge de 16 ans, l'hystérique ne se manifeste qu'après la puberté. Gaisset ne l'a jamais vu signalé avant l'âge de 15 ans.

Dans le chant, le bégaiement vulgaire disparaît toujours ; l'hystérique au contraire persiste. Cette règle ne comporte que de rares exceptions (1).

---

(1) On a cité, en effet, des bègues ordinaires qui ne pouvaient pas prononcer tous les mots en chantant. Nous rappellerons l'exemple de Wyneken, cité par Kussmaul.

Dans le bégaiement ordinaire on n'observe pas, au repos comme dans l'hystérique, ces troubles de la motilité de nature spasmodique dont la langue est le siége de prédilection. Cette dernière est généralement atteinte de contractions fibrillaires, le malade a de la peine à la tirer au dehors, elle est plus ou moins déviée.

Chervin (*Arch. de Neurol.* p. 365, 1891), ajoute une grande importance diagnostique à la présence chez le bègue ordinaire de troubles respiratoires, au cours de la conversation surtout. Ce caractère différentiel n'a pas une valeur absolue : les inspirations convulsives au moment du bégaiement ne sont pas rares chez les hystériques. Peut-être se montrent-elles aussi en dehors de l'acte de parler. Ce trouble ne se produit pas chez le bègue ordinaire qui respire normalement lorsqu'il garde le silence.

Le bégaiement vulgaire est intermittent. Il peut rester parfois plusieurs heures sans se manifester, le bègue s'exprime alors comme un sujet sain. De telles rémissions ne s'observent pas avec le bégaiement hystérique. L'hystérique, assurément, parle avec plus de facilité dans certaines conditions et à certains moments, (dans l'obscurité, par exemple), mais les troubles pselliformes ne disparaissent pas pour longtemps (sauf cas de guérison, bien entendu) et on les retrouve bientôt.

Comparée à celle du bègue ordinaire, la parole du bègue hystérique revêt une physionomie particulière et de nature le plus souvent à imposer le diagnostic à une oreille exercée. Tandis que le bègue ordinaire parle avec une hâte impatiente et, comme on l'a dit, tend à s'exprimer plus vite que celui qui parle bien, l'hystérique traîne, s'arrête, hésite. La lenteur et la monotonie de la parole, la déformation de l'accent et du rythme caractérisent le bégaiement hystérique.

Souvent aussi, l'hystérique voulant émettre une voyelle,

la fait précéder d'une consonne qui parfois sera la même pour toutes les voyelles, disant par exemple *ru* pour *u*, etc., disant encore, comme on l'a signalé, *gueun* pour un, *gueu* pour deux. On trouve bien des bègues ordinaires qui placent devant le mot difficile à prononcer une lettre, une syllabe, un mot, quelquefois même un membre de phrase, mais cette habitude est très rare.

On trouve, en outre, chez les hystériques, et ceci est très important, des modifications fautives dans l'exposition écrite des phrases, des fautes grammaticales, des mots oubliés, etc., tandis qu'« il ne manque rien au bègue dans l'élaboration de sa pensée ». Il prononce mal mais il écrit correctement, ou tout au moins comme on le lui a appris.

Joignons à tout cela, comme étant en faveur de la nature hystérique du bégaiement, d'une part la présence de ces caractères particuliers dont l'hystérie se plaît à revêtir les symptômes émanés d'elle et dont nous avons parlé à la page 17, et d'autre part, l'existence des stigmates. Il ne faut pas cependant accorder à ces derniers trop de valeur. On peut les trouver chez le bègue le plus authentique, car souvent ce dernier, est également hystérique.

Nous voyons donc qu'il existe entre ces deux sortes de bégaiements, essentiellement caractérisés l'un et l'autre par la répétition convulsive d'une même syllabe et l'arrêt convulsif devant telle ou telle autre, pas mal de signes différentiels.

Tremblement hystéro-traumatique. — Le tremblement peut apparaître soit à l'état d'épiphénomène et mêlé aux autres symptômes, soit à l'état isolé et constituant ainsi une forme monosymptomatique. Il est généralisé ou partiel (hémiplégique, monoplégique, etc.) et se caractérise autant par la diversité de ses formes que par leur grande ressemblance avec la plupart des tremblements classés en pathologie.

Tantôt légers et ayant besoin d'être recherchés par divers artifices (1), tantôt très apparents et portant obstacle à l'accomplissement de divers actes, les tremblements hystero-traumatiques peuvent être classés suivant leur rapidité en : 1° *vibratoires* (8-9 oscillations et plus par seconde) ; — 2° *moyens* (5-7 oscillations par seconde) ; — et 3° *lents* (au-dessous de cinq oscillations par seconde).

Les premiers imitent le tremblement des intoxications saturnines et alcooliques, des Basedowiens et des paralytiques généraux. Ils existent au repos et sont peu modifiés par les mouvements volontaires.

Les deuxièmes se montrent au repos pour s'exagérer à l'occasion des mouvements volontaires, comme le tremblement mercuriel (2) ou encore n'apparaissent qu'à l'occasion des mouvements volontaires et imitent alors le tremblement de la sclérose en plaques.

Les derniers enfin existent au repos pour persister ou disparaître à l'occasion des mouvements volontaires comme : le tremblement sénile, dans le premier cas, et celui des parkinsoniens, dans le deuxième.

Essentiellement polymorphe, le tremblement névrosique peut chez le même sujet revêtir des allures différentes suivant les instants, exister à l'état continu ou intermittent et durer ainsi, suivant les cas, des jours, des mois ou des années.

Ce qui précède nous fait déjà prévoir combien il sera, dans certains cas, difficile de porter un diagnostic : j'ai en vue les

---

(1) Au membre inférieur on met la main dans l'attitude du serment; au membre supérieur, on place la jambe dans l'extension.

(2) Le tremblement mercuriel serait, pour beaucoup, un tremblement hystérique. Voir Letulle, de l'Hystérie mercurielle, *Soc. méd. des Hôp.*, Paris, 12 août 1887, et Mugnerot. *Thèse*. Paris, 1889.

formes monosymptomatiques devant lesquelles l'expert indécis se demandera s'il n'assiste pas à la première manifestation d'une des affections que nous avons nommées, s'il ne se trouve pas en présence d'une de leurs formes frustes. Le médecin devra procéder à la recherche méthodique et minutieuse des autres symptômes de la maladie redoutée — la tachycardie, le goître, l'exophtalmie pour telle une, l'exagération des réflexes, les trémulations de la langue et des lèvres, les troubles parétiques, la diminution de la mémoire, quelque idée délirante à forme ambitieuse ou dépressive pour telle autre. Sûr de leur absence, il pourra alors songer à incriminer l'hystérie et il pourra lui attribuer le tremblement, surtout s'il constate de la variabilité dans sa forme ou dans son rythme, spontanément ou sous l'influence d'une cause modificatrice de la névrose.

Et lors même qu'il ne s'agirait pas d'une forme monosymptomatique, lors même que l'hystérie accompagnée ou non de neurasthénie s'annoncerait par son cortège habituel de stigmates, c'est encore ainsi qu'il devra procéder, n'oubliant pas que le danger pour lui, en quête de pronostic, consiste non pas à méconnaître une hystérie par nature essentiellement susceptible de s'améliorer et de guérir, mais à ignorer une affection qui ne guérira pas.

Dans d'autres cas, au contraire, loin d'embarrasser l'expert, un tremblement caractéristique viendra l'éclairer et lui permettre d'affirmer un diagnostic hésitant, comme dans l'observation suivante, très résumée :

B..., 43 ans, ouvrier, tombe de sa hauteur sur le sol ; reste évanoui pendant un quart d'heure ; hémiparésie gauche, face respectée, anesthésie conjonctivale et pharyngée, plaques d'anesthésie. Tempérament nerveux, bonnes artères, pas de lésions organiques, pas de syphilis. Amélioration progressive. Dans un mois, on constate, au réveil, une aggravation

de son état ; l'hémiparésie est plus prononcée, il y a de l'hémi-hypoesthésie, l'intelligence est intacte. On penserait à une manifestation névrosique, si la présence d'un tremblement intentionnel n'éveillait l'idée d'une sclérose en plaques, que l'évolution a justifiée.

Signalons, comme intéressants à consulter, sur les paralysies partielles et segmentaires hystériques :

Blumenau, Paralysie du grand dentelé de nature hystérique, *Rev. russe de Psych.*, N° 9, 1897 ; — Rendu, Contribution à l'histoire des monoplégies partielles du membre supérieur d'origine hystéro-traumatique, *Arch. de Neurol.*, t. XIV, pag. 177, 1887 ; — Verger, Deux cas de paralysie segmentaire du membre supérieur de nature hystérique, *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 25 mai 1902.

Sur le tremblement hystérique :

Beaumel, Tremblement neuro-traumatique chez un enfant, *Congrès de pédiatrie*, Bordeaux, 10 avril 1895 ; — Bézy et Sarda, Tremblement généralisé lent post-émotionnel chez un enfant de 11 ans, *Revue des mal. de l'enfance*, pag. 556, 1897 ; — Boinet, *Progrès méd.*, N° 28, 1891 ; — Buzzard, *Neurol. Soc. of London*, 23 janvier 1890 ; — Carré de Montgeron, *la Vérité des miracles*, Cologne, 1745 (cas de Sergent) ; — Chambart, Hémichorée et hémitremblement hystérique, *Encéphale*, 1881 ; — Charcot, Tremblements hystériques, *Leçons sur le système nerveux*, III, 1887 ; *Leçons du Mardi*, I, pag. 398 ; *Progrès méd.*, 6 et 13 sept. 1890 ; — Dutil, Tremblements hystériques, *Thèse*, Paris 1891 ; — Ewart, Pseudo-paralysie agitante, *in Mercredi méd.*, pag. 235, 1891 ; — Francotte, *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, 1887 ; —

Homolle, Hémianesthésie anormale avec contracture et tremblement du membre inférieur droit, *Progrès méd.*, pag. 517, 1879; — Gilles de la Tourette, *l'Hystérie*, I, pag. 452; — Grasset, *Arch. de Neurol.*, Nos 58 et 59, 1890; — Ormerod, Tremblement hystérique pseudo-parkinsonien, *Brist. méd. j.*, pag. 1216, 1887; — Pitres, Leçons sur le tremblement hystérique, *Progrès méd.*, sept. 1889; — Rémond, *Gaz. des Hôp.*, pag. 22, 1891 : — Rendu, Tremblement hystérique et ses variétés, *Soc. méd. des Hôp.*, *Paris*, 19 avril 1889; — Rolland, *Jour. de méd. de Bordeaux*, 1899; — Sée, De la chorée électrique, *Semaine méd.*, 6 mars 1884.

Sur le bégaiement hystérique :

Jean Abbadie, de Bordeaux, *la Parole*, juin 1902, Sur un cas de bégaiement typique, accompagné de gêne de la déglutition et du syndrome rire et pleurer spasmodique à la suite de lésions destructives de la capsule interne; — Ballet, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, séances des 10 octobre 1889 et 4 juillet 1890; — Gaïsset, Bégaiement hystérique, *Thèse*, Lyon, 1903; — Galib, *Thèse*, Montpellier, 1903; — Greidemberg, Bégaiement hystérique, *Neurol. Centralbl*, p. 542, 1895; — Guillain, Bégaiement hystérique, *Revue de méd.*, p. 897, 1901, qui fait un bon historique de la question; — Lannois, article *Bégaiement* du *Traité Brouardel*, t. X, p. 424, 1902; — Pitre, du Mutisme et du Bégaiement hystériques, *Revue de Laryngologie*, 1890; — Remak, Bégaiement hystéro-traumatique, *Soc. de Psych. de Berlin*, 21 mai 1894; Zanke, *IIIe Congrès des naturalistes Tchèques*, Prague, 1901, sur les mouvements musculaires conscients et insconscients dans le bégaiement.

On trouvera dans ces publications toutes les indications bibliographiques utiles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES ARTHRALGIES HYSTÉRO-TRAUMATIQUES

Signalées par Hofmann et bien connues depuis Brodie qui, en 1837, traça d'elles une magistrale description, les arthralgies hystéro-traumatiques (1) ont vu depuis leur symptomatologie s'accroître de signes nouveaux qui permettent le plus souvent de les reconnaître, sinon dès le début, au moins peu de temps après et d'éviter ainsi les fatales erreurs de diagnostic qui ont conduit certains chirurgiens à enlever des jambes parfaitement saines (2). Le plus souvent mono-articulaire, l'arthralgie siége de préférence à la hanche ou au genou. Comme la coxalgie est de toutes les formes la plus fréquente, comme son diagnostic est souvent très difficile, c'est elle que nous aurons principalement en vue.

Parmi les affections que la coxalgie hystéro-traumatique

---

(1) Voir à ce sujet Gilles de la Tourette, t. I, pp. 230-247. — Chipault voudrait que l'on désignât ces arthralgies du nom de pseudo-arthralgies (*Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. III, p. 435, 1896).

(2) Voir Brodie, pp. 55-56, *Traité sur les affections nerveuses locales*, *trad.* Aigre, *Prog. méd.*, 1879 et 1880; Coulson, p. 631.

peut simuler, la coxalgie tuberculeuse (1) est celle qui lui ressemble le plus. Dans l'un et l'autre cas on trouve la douleur, les contractures, les attitudes vicieuses, l'impotence fonctionnelle et dans certains cas un terrain identique avec le même mode de début. Mais si les analogies sont nombreuses il existe aussi des différences, le plus souvent légères, mais presque toujours suffisantes pour permettre de poser un diagnostic. Nous allons nous efforcer de les mettre en lumière, en étudiant successivement le diagnostic à la période de début et à la période d'état.

Dans l'arthralgie hystérique le mode de début est variable. Tantôt elle apparaît brusquement après le traumatisme, peu important en général, tantôt elle s'installe rapidement après la classique période de méditation, tantôt enfin le sujet traumatisé ne réalise son arthralgie que progressivement : dès les premiers jours, il accuse au niveau de l'articulation des douleurs légères, à caractères divers, accompagnées de temps en temps de crampes dans les muscles périarticulaires ; ces douleurs et ces crampes sont, au début, passagères et fugaces, apparaissant ou s'exacerbant de préférence après un surmenage de l'articulation tel que une course ou une station debout prolongée s'il s'agit d'une arthralgie des membres inférieurs ; et le malade va ainsi, souffrant et gêné, sans cependant être impotent, jusqu'au jour où l'affection s'affirme ; le tableau de l'arthralgie hystéro-traumatiques est alors constitué.

Cette dernière forme que, d'après Bach, réaliseraient les anémiques (2) a été plus rarement observée que les autres ;

---

(1) Voir l'observation de coxalgie hystéro-traumatique publiée par Lannelongue dans son livre sur la *Tuberculose osseuse et articulaire*, (p. 131).

(2) « Comme si, dit-il, le degré de l'hystérie augmentait à mesure que l'anémie s'accentuait. »

le plus souvent un élément neurasthénique ou hypocondriaque se surajoute à elle. Nous la laisserons de côté (1) pour nous occuper des deux autres.

Période de début. — Leur mode de début peut fournir déjà quelques indications ; ce ne sont point là, en effet, les allures de la coxo-tuberculose dont la période d'installation est insidieuse et beaucoup plus longue. L'organique se plaint longtemps de douleurs, de gène dans la marche, de claudication, avant de devenir impotent. Il est des cas, cependant, où, sous l'influence d'un traumatisme, une coxalgie latente jusque-là, s'est rapidement révélée. Sous l'influence du choc, le processus tuberculeux, jusque-là limité en un point contenu dans la tête fémorale, a pris une activité plus grande et, s'extériorisant, a envahi l'articulation, provoquant ainsi l'exagération de la douleur ou son apparition, et déterminant de l'impotence, des contractures, des attitudes vicieuses. Mais de semblables cas sont assez rares, et nous pouvons dire qu'un début brusque, après un trauma léger, constitue une sérieuse présomption en faveur de l'hystéro-traumatisme (2).

Période d'état. — Nous allons passer successivement en revue les divers symptômes susceptibles de nous fournir des indications diagnostiques :

1° *De la douleur*. — Dans les deux cas, elle peut siéger à la hanche et au genou, être augmentée par la pression

(1) C'est une forme, en effet, dont le diagnostic est très difficile au début et ne peut guère se poser qu'à la période d'état.

(2) C'est à cette période indécise qu'on pourrait, comme l'a conseillé Cazin, explorer par le toucher rectal la face interne de l'acetabulum pour voir si elle ne serait pas douloureuse et empâtée, comme on l'observe parfois dans la coxo-tuberculose au début.

directe au niveau des régions spontanément douloureuses et par un choc exécuté sur le grand trochanter, le genou ou le talon, de telle sorte qu'il retentisse sur les surfaces articulaires.

Mais dans l'hystérie, la peau elle-même, plus encore peut-être que les surfaces articulaires, est douloureuse soit à tous les modes d'exploration, soit simplement à l'un d'entre eux : « Si vous pincez la peau, dit Brodie, jusqu'à la soulever des parties sous-jacentes, le malade se plaint plus que si vous poussez fortement la tête du fémur dans la cavité cotyloïde. » Comme toujours, cette douleur est d'autant plus accusée que le sujet est plus attentif à l'exploration de la région malade, et elle diminue d'intensité quand on la recherche pendant qu'il est fortement distrait. Si on le prévient qu'on va explorer la région douloureuse ou la mobiliser, il s'y refuse et crie avant qu'on l'ait touché.

Cet ensemble de caractères n'appartient pas à la coxo-tuberculose où, par exemple, le malade n'exprime sa souffrance que lorsque le membre a déjà effectué une certaine excursion.

Dans l'arthralgie hystérique, la douleur n'est pas limitée à l'articulation atteinte, elle peut être aussi provoquée en des points divers qui demeurent indemnes dans l'organique. Par exemple, il est des sujets atteints de coxalgie hystérique qui se plaignent lorsqu'on exerce une pression sur la cheville (Brodie) sans qu'on ait déterminé aucune action sur les surfaces articulaires coxo-fémorales ou fémoro-tibiales ; ce phénomène n'existe pas dans la coxalgie organique pure de toute association.

Dans l'hystérique, la douleur maxima siégerait, d'après Barwell, au-dessus de l'arcade, en un point qu'il ne faut pas confondre avec la zone ovarienne.

2° *Du mode de distribution des troubles de la sensibilité.* — Dans l'hystérique, les troubles de la sensibilité affectent, sui-

vant la règle générale, une disposition géométrique, comme l'a dit Charcot ; ils dépassent l'arcade crurale, envahissent la fesse et occupent ainsi une région bien plus étendue que l'articulation (1) ; mais ils tendent toujours à se superposer à elle et à ses muscles moteurs, comme il arrive d'ordinaire dans l'hystérie (Gilles de la Tourette). Ce mode de distribution qui ne se rencontre jamais dans l'organique pure, qui a par conséquent une grande valeur diagnostique, se trouve naturellement masquée, lorsque le sujet est porteur d'une hémianesthésie ou d'une mono-anesthésie crurale.

3° *De la nature de la douleur.* — Dans l'hystérique, la douleur éprouvée par le sujet est toujours aiguë, accompagnée parfois à la pression : d'aura, de constriction à l'épigastre et à la gorge, de battements de cœur, de sifflements d'oreille, tous symptômes qui dénotent une zone hystérogène. Cette douleur excessive rappelle mal la douleur profonde, sourde, mais toujours supportable, de la coxo-tuberculose.

Bach, dans sa thèse, fait remarquer que la douleur hystérique varie d'intensité suivant les moments et qu'elle n'est pas influencée par l'usage des antiphlogistiques. Nous devons faire des réserves. En premier lieu, cette variété dans l'intensité de la douleur s'observe parfois dans la coxo-tuberculose, et en deuxième lieu, s'il est vrai que la médication antiphlogistique n'amène d'ordinaire aucune améliora-

---

(1) Nous avons dit que les coxo-hystériques, ressemblant en cela aux coxo-tuberculeux, se plaignent parfois d'éprouver des douleurs dans le genou du même côté. On constate souvent alors à son niveau une bande d'hyperesthésie dont les dimensions sont variables, mais qui s'étend généralement à un travers de main au-dessus et au-dessous de l'interligne articulaire, surtout au dessus. — Huet a vu cette bande occuper le creux poplité.

tion, il est acquis que son emploi a été suivi dans certains cas de guérisons ou d'améliorations (par suggestion).

La douleur des coxo-hystériques, avons-nous dit, est fort vive, elle peut empêcher les malades de goûter le sommeil mais elle ne les réveille pas par un de ces élancements soudains qui, si souvent, viennent réveiller les coxo-tuberculeux.

4° *De la contracture.* — La contracture qui constitue le deuxième symptôme essentiel de la coxalgie hystérique peut, dans quelques cas, être absolument semblable à celle de la coxo-tuberculose. Le plus souvent, cependant, deux caractères l'en différencient : 1° la *diffusion*, 2° l'*exagération*.

Dans l'hystérique, la contracture se plaît à atteindre, en effet, chose qui ne se voit pas dans l'organique, des muscles qui n'ont aucun rapport avec l'articulation malade. On pourra voir, par exemple, au cours d'une coxalgie hystérique, la contracture atteindre les muscles moteurs de l'articulation tibio-tarsienne. Il y a généralement dans ce cas diffusion de la contracture à tout le membre. Cette diffusion est due parfois à l'application intempestive d'un appareil contentif qui a mis en œuvre la diathèse de contracture, latente jusque-là.

Le deuxième caractère, l'exagération de la contracture, es manifeste. La contracture atteint un degré tel, qu'il est parfoist impossible de la vaincre, ce qui ne s'observe pas dans l'organique.

De cette diffusion de la contracture et de son exagération résultent d'abord une diminution très considérable de la capacité fonctionnelle du membre, pouvant aller jusqu'à l'impotence absolue et, ensuite, des attitudes vicieuses, bizarres ou excessives et différentes de celles que l'on peut observer au cours de la coxo-tuberculose.

5° *De l'impotence fonctionnelle :* A. *Mouvements passifs.*

Dans la coxo-tuberculose, il existe une diminution d'amplitude de certains des mouvements de l'articulation. Tous les mouvements, en effet, ne sont pas également limités dans les premiers temps de la période d'état ; le premier atteint est le mouvement d'abduction. Quelque temps après, on observe par suite de la contracture des muscles périarticulaires, la transmission au bassin des mouvements imprimés à la cuisse.

Ces deux phénomènes ne s'observent pas chez l'hystérique qui ignore la symptomatologie de la coxo-tuberculose.

Ajoutons enfin qu'il est fréquent de voir dans la coxo-hystérie les autres articulations du membre ne pas jouir de leurs mouvements, ce qui se voit peu chez l'organique.

B. *Mouvements actifs :* Tandis que l'organique consent presque toujours à imprimer à son membre quelques mouvements, l'hystérique s'y refuse en général d'une façon absolue.

C. *Station debout :* Dans les rares cas où l'attitude vicieuse est peu prononcée et où l'hystérique consent à se tenir debout, on observe souvent une attitude identique à celle de la coxo-tuberculose ; nous ne nous y arrêterons pas.

D. *Marche :* Dans la marche, dit Plicque (*Gazette des hôp.*, 1891), on observe chez l'hystérique de l'exagération de la claudication. Cette dernière est d'emblée très marquée avec de brusques saccades et de continuelles menaces de tomber. L'irrégularité des saccades peut même constituer un type de boîterie choréiforme (Pajet), type particulier à la coxalgie nerveuse : mais en général, la claudication est loin d'offrir la même importance que dans la coxo-tuberculose, car dans la coxalgie hystérique l'impotence est le plus souvent d'emblée complète, les malades restent confinés au lit sans passer par la période de boîterie. La claudication est donc reléguée

au second plan, bien en arrière des autres symptômes tels que la douleur.

Des attitudes vicieuses. — On a dit que dans la coxo-tuberculose il existait une première période dans laquelle le membre se plaçait en flexion, abduction, rotation en dehors et paraissait allongé, suivie d'une deuxième période dans laquelle il se plaçait en flexion, adduction, rotation en dedans et paraissait alors raccourci, tandis que dans la coxalgie hystérique il se plaçait dès le début en flexion, adduction, et rotation en dedans.

La distinction est peut-être juste ; cependant il est bon de savoir : 1° que certains auteurs ont prétendu avoir observé des coxo-tuberculeux avec cuisse en flexion, adduction et rotation interne dès le début ; 2° que Bach dans sa Thèse (Paris, 1874, pag. 31), rapporte un cas de coxalgie hystéro-traumatique avec allongement apparent du membre.

Quoi qu'il en soit, cette question n'a au fond pour nous qu'une importance bien secondaire car : 1° en présence d'un coxalgique dont le membre est en adduction et rotation interne, il sera le plus souvent fort difficile de savoir s'il n'a pas existé au début de l'abduction avec rotation en dehors ; et 2° il existe bien d'autres signes autrement importants.

De la diffusion de la contracture dans la coxalgie hystérique, résultent des attitudes particulières que l'on n'observe pas dans l'organique. Tantôt, par exemple, le membre est dans une position rectiligne absolue, par suite de la contracture simultanée de tous les muscles du membre inférieur « On dirait une jambe de bois » (Huet 1886). Tantôt on observe seulement une adduction extrême sans flexion concomitante, etc.

Par suite de l'exagération de la contracture on observe ce quelque chose d'excessif, d'outré, habituel à l'hystérie et

inconnu à l'arthralgie organique. On a vu, par exemple, le genou venir toucher le tronc, etc.

De la déformation. — Dans la coxo-tuberculose on observe dès les premiers temps une différence entre les deux régions inguinales : du côté malade, le *pli de l'aine est effacé* par suite de la présence de ganglions et du gonflement articulaire. Ce phénomène capital dans la coxalgie organique, ne s'observe pas dans l'hystérique. Parfois cependant, à cause de la position vicieuse du membre, on pourrait croire à un léger empâtement, mais il est bien différent, et la pression digitale ne laisse aucune trace, aucun godet.

Il est un cas où le médecin non prévenu est exposé à se tromper : c'est lorsqu'on a appliqué sur l'articulation des topiques répétés ou simplement un vésicatoire. Il en résulte, en effet, une rougeur et un empâtement fort semblables à ceux que l'on observe dans la coxo-tuberculose.

Des troubles trophiques. — *Des troubles vaso-moteurs.* — *Œdèmes blancs et bleus.* — Nous avons dit que dans les arthralgies hystéro-traumatiques la peau gardait son aspect normal, l'influence des attitudes vicieuses et *des topiques* étant mise à part. On a cependant signalé des cas où elle prenait une teinte rose qui s'étendait bien au-delà des limites qu'aurait pu occuper la rougeur plus sombre, du reste, présentée parfois par la coxo-tuberculose.

On a signalé encore la présence d'œdèmes blancs et quelquefois bleus qui, comme la teinte rosée dont nous venons de parler, s'étendaient bien au-delà de l'articulation malade et ne pouvaient induire en erreur. Brodie a vu, au contraire, ces troubles se limiter et revêtir la forme de boutons d'urticaire. C'est là un fait très exceptionnel dont en pratique on ne doit pas tenir compte.

De l'amyotrophie. — L'atrophie musculaire est chose exceptionnelle dans l'hystérie traumatique ; nous l'étudierons plus loin. Pour le moment, contentons-nous de signaler les deux signes diagnostiques suivants : 1° Au lieu de prédominer sur les groupes extenseurs à la façon de l'amyotrophie qui survient au cours des arthrites organiques, l'atrophie musculaire hystérique est diffuse. Plus étendue que l'organique, elle frappe indistinctement tous les muscles périarticulaires, qu'ils soient situés au-dessous ou au-dessus de l'article (1), et dans certains cas on l'a vue atteindre les muscles des segments éloignés de l'articulation malade, épargnant même parfois ceux de celle-ci. Un exemple de ce genre nous est fourni par le cas de coxalgie hystérique publié par Beckel en 1870 dans la *Gaz. méd. de Strasbourg*. C'étaient les muscles de la jambe et non les fessiers qui étaient atteints de dégénérescence.

Des rétractions tendineuses. — Bornons-nous à dire qu'elles ont été signalées dans l'hystérie par Charcot, Térillon (2), Blocq (3), etc. Elles sont fort rares. Toutefois, le médecin devra y songer afin de ne pas attribuer la limitation des mouvements qui en résulte à des brides fibreuses articulaires : cette erreur est facile à éviter en ayant recours à un examen sous le chloroforme.

---

(1) Charcot, arthralgies hystéro-traumatiques (*Prog. Méd.*, p. 65, 1888).

(2) De l'intervention chirurgicale dans certains cas de rétraction musculaire succédant à la contracture spasmodique (*Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière*, t. I, pp. 93 et 144, 1881.)

(3) *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, t. I. pp. 35 et 64, 1888.)

De la température locale (1). — Dans la coxalgie hystéro-traumatique, la température locale reste normale en dépit des sensations de chaleur que le malade prétend quelquefois éprouver ; elle est même parfois abaissée (2).

Dans les périodes douloureuses de la coxo-tuberculose, elle est, au contraire, fréquemment supérieure à celle du côté sain.

C'est là un caractère différentiel sur lequel insistait Paget et qui a une réelle valeur, à condition d'être nettement observé (3).

De l'examen sous le chloroforme. — Il est un moyen que l'on doit toujours employer lorsqu'il n'y a pas de contre-indications, c'est la chloroformisation. Elle permet de se rendre compte de l'état de la jointure et mieux que tout autre, par conséquent, de trancher le diagnostic, pour peu que l'on soit à une période de la maladie éloignée du début. L'anesthésie doit être poussée à fond, de telle sorte que la contracture ait complètement disparu. On constate alors, s'il s'agit d'une coxalgie hystérique, que les mouvements jouissent de toute leur liberté et que les surfaces articulaires sont libres de toute adhérence. On peut même ausculter l'article pendant les mouvements avec un stéthoscope, comme l'a conseillé quelqu'un, et ainsi mieux se rendre compte s'il existe des craque-

---

(1) On l'apprécie par comparaison avec celle du côté sain prise en un point absolument symétrique et toutes choses étant égales d'ailleurs.

(2) Charcot (*Leçons sur les maladies du syst. nerv.* t. III, p. 380.)

(3) On a bien signalé quelques cas où il y avait dans la coxalgie hystérique un peu d'hyperthermie locale, mais elle s'étendait bien au-delà de l'articulation. Je n'ai pu me procurer ces observations et ne peut qu'en mentionner l'existence.

ments (1). Il ne faudrait pas accorder cependant à la présence et à l'absence de craquement une valeur diagnostique absolue. Il faut bien savoir, en effet, que la présence de craquements n'implique pas toujours l'existence d'une arthrite tuberculeuse et que l'absence de tout frottement ne permet pas d'éliminer absolument la coxo-tuberculose.

En premier lieu, la question à résoudre est donc la suivante : L'hystérie peut-elle produire par elle-même des troubles trophiques tels que le médecin puisse percevoir des craquements? On l'a dit et, au fond, la chose n'est pas impossible. Mais ce qui est certain, c'est qu'il est pas mal de sujets arthritiques nerveux qui ne manqueront pas de profiter de l'immobilisation prolongée de leur articulation pour y réaliser un peu d'arthrite sèche s'ils n'en avaient déjà auparavant. Dans ce cas, l'examen minutieux de l'individu, de son tempérament et de l'état de ses autres articulations contribuera à éclairer l'expert.

En second lieu, Verneuil et bien d'autres ont fort justement insisté sur l'absence de désordres articulaires au début de la coxo-tuberculose. Il faut donc, pour pouvoir conclure, de l'intégrité apparente de l'articulation à l'absence de tuberculose en cet endroit, que l'examen sous le chloroforme soit pratiqué un certain temps après le début des accidents.

L'étude attentive du malade pendant le réveil chloroformique fournit des données intéressantes que Paget et Charcot ont formulées de la façon suivante :

« 1° La contracture reparaît plus vite dans la coxo-tuberculose que dans la coxalgie hystérique ;

---

(1) Il faut se garder d'attribuer à l'articulation les craquements ou frottements qui siégent dans les bourses séreuses ou les gaines tendineuses voisines.

» 2° Dans la coxo-tuberculose, la douleur profonde produite par la percussion du grand trochanter et du talon est la première que l'on puisse constater quand cessent les effets du chloroforme. »

Dans un cas typique de coxalgie hystérique observé par Charcot (1), « la raideur commença à reparaître à un certain degré dans les muscles malades, avant qu'aucune manifestation douloureuse ne se montrât du côté de la jointure. La sensibilité de la peau était déjà en partie revenue, le malade commençait à répondre à quelques questions, alors que la sensibilité des parties profondes explorées en percutant le trochanter et le talon n'était encore nullement exagérée. » C'est donc l'hyperesthésie profonde qui s'est produite en dernier lieu.

Mais lorsque le réveil fut devenu complet, c'est-à-dire au bout de 25 minutes, la déformation, la douleur, la claudication redevinrent absolument ce qu'elles étaient avant la chloroformisation.

De l'examen radiographique. — L'examen radiographique pourra fournir sur l'état de l'article, des os principalement, d'utiles renseignements, mais à condition d'être pratiqué par des yeux très exercés.

Des signes extrinsèques. — D'une part, l'état général du sujet, son âge (2), la recherche de la tuberculose chez lui, chez ses ascendants, et quelquefois même chez ses descendants (3), et d'autre part, la recherche des stigmates de l'hystérie, l'examen de l'état mental du malade pourront

---

(1) *Mal. du syst. ner.*, t. III, p. 387, 1887.

(2) La coxo-tuberculose débute rarement après 25 ans.

(3) « *Pater is est quem pueri demonstrant.* »

fournir de bons signes de probabilité. L'hystérique est étalagiste, son affection l'attriste peu, il est fier d'être l'objet de l'attention de son entourage et des médecins. Il veut qu'on s'occupe de lui, mais proteste violemment dès qu'on fait mine d'examiner sa jointure malade, il crie avant même d'être touché; cette manière d'être constitue un symptôme en faveur de l'hystérie.

De l'évolution. — En faveur de l'hystérie notons encore, ce que du reste nous avons déjà en partie mentionné: la brusquerie du début, la variabilité dans l'intensité et les modalités de la douleur ou de la contracture, les guérisons brusques suivies de rechutes sous l'influence d'une cause quelconque, généralement insignifiante.

Avant de quitter ce chapitre, nous mentionnerons, pour mémoire, diverses affections qu'il n'est guère possible de confondre avec la coxalgie hystérique, telles que: les arthrites aiguës ou chroniques, les ostéites du fémur ou de l'os iliaque, l'ostéo-sarcome, les adénites inflammatoires ou chroniques, la sacro-coxalgie, le psoïtis; mentionnons encore les phénomènes de croissance et les manifestations articulaires du rhumatisme et de la syphilis, etc.

Il est une catégorie d'arthralgies, nommées coxalgies réflexes, qui sont secondaires à des affections viscérales, utérines le plus souvent, et dont la nature intime n'est pas encore déterminée. Nous nous bornerons à les signaler.

Arthralgies hystéro-traumatiques des autres articulations. — L'arthralgie du genou est très fréquente (1), le

(1) Voir Charcot, Arthralgie hystéro-traumatique du genou. *Progrès Méd.*, p. 65, 1888.

membre se met en flexion ou quelquefois en extension. Les autres articulations sont bien plus rarement atteintes : dans l'arthralgie tibio-tarsienne, le pied se met en pied bot équin, varus ou valgus avec le plus souvent rigidité des orteils en flexion ou en extension (1); — dans celle de l'épaule, le territoire hyperesthésie a la forme d'une manche de veste, le bras est en adduction forcée et on peut observer en même temps la contracture des muscles du coude et du poignet avec l'inclinaison de la tête du côté malade ; — dans celle du poignet l'hyperesthésie a la forme d'un bracelet, d'une mitaine ou d'un gant.

Associations hystéro-organiques. — Il est rare qu'au cours d'une arthralgie hystérique une maladie organique se développe dans l'articulation. Il est bien plus fréquent d'observer le contraire et de voir l'hystérie se manifester sous la forme authralgique à l'occasion d'une arthrite préexistante et au niveau de celle-ci. Elle peut le faire de deux façons :

1° Dans un premier cas, ou bien l'articulation atteinte d'arthralgie hystéro-traumatique était déjà malade, ou bien elle a été atteinte à la fois par les maladies organique et hystérique, ce qui crée des difficultés pour déterminer le degré de responsabilité du traumatisme.

2° Dans le deuxième cas, signalé par Cazin de Bœrk, « il existe déjà une arthrite ou une ostéite tuberculeuse d'un point éloigné du membre inférieur, le pied le plus ordinairement, puis apparaissent les contractures et les douleurs de la hanche. L'idée la plus naturelle, celle d'une coxo-tuberculose se développant à côté de la lésion tuberculeuse préexis-

---

(2) Voir l'observation de la demoiselle Fourcroy dans le livre de Carré de Montgeron : (*La vérité des miracles*, Cologne, 1747.)

tante, n'est pas toujours vraie ; il ne s'agit bien souvent que d'une affection réflexe produite sur la hanche par la lésion éloignée et qui est comparable à l'action réflexe de certains traumatismes » (1).

Bibliographie des arthralgies hystériques :

Angelo Minich, Della coxalgia nervosa, Venezia, 1873 ; — Babinski, Arthrite et hystérie, *Journ. de méd. interne*, t. IV, p. 806, 1900 ; — Bach, de la Coxalgie hystérique, *Thèse*, Paris, N° 86, 1874 ; — Ballet, Coxalgie hystérique avec hémiatrophie, *Soc. méd. des Hôp.*, 28 juin 1886 ; — O. Berger, Arthalgie hystérique, zur Lehre von den Gelenkneuralgien, *Berl. Klin. Woch.*, p. 255, 1873, trad. par Blum *in Arch. gén. de méd.*, t. I, p. 291, 1874 ; — Blum, Coxalgie hystérique, *Thèse* d'agrég. de chirurgie, Paris, 1875 ; — Bœckel, Coxalgie hystérique, désarticulation de la cuisse, lésions anatomiques, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870 ; — Broussolle, La Claudication chez l'enfant, *Thèse*, Paris, 1885-1886. — Chabalier, de l'Action du sulfate d'atropine dans la Coxalgie hystérique, *Soc. des sciences méd. de Lyon*, octobre 1865 : — Charcot, Arthralgie hystérique, *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, p. 485, juillet 1891 ; — W. Coulson, Hystérical affec-

---

(1) Gosselin et Perrogon, enfin, prétendent qu'il existe « une athralgie non hystérique à forme persistante et rebelle dans laquelle on trouve parfois des lésions tout à fait banales et disproportionnées à l'acuité des douleurs. Cette forme d'arthralgie est caractérisée par une douleur fixe et semble être l'apanage exclusif de la femme. »

tions of the hip. joint. *London journ. of med.*, t. III, p. 631, 1851 ; – Crolas, Coxalgie hystérique, *Thèse*, Montpellier, 1865 ; — Dumon et Rouslacroix, Deux observations de coxalgie hystérique, *Marseille méd.*, p. 705-714, 1900 ; — Esmarch, Arthalgie hystérique, Ueber Gelenkneurosen, *Kiel u. Hadersleben*, 1872 ; — Féré et Quermonne, Contribution à l'étude des phénomènes simulés ou provoqués chez les hystériques (craquements articulaires et synoviaux), *Progrès médical*, page 629, 1882 ; — Folkmann, Coxalgie hystérique. *Traité de chirurgie de Pitta et Billroth*, 1873 ; — Gilles de la Tourette, Arthralgies, *Traité de l'Hystérie*, t. I, p. 230 et suivantes ; t. II, 1re partie, p. 517-521 ; t. II, 2e partie p. 567-577 ; — Giraldès, Arthralgie hystérique. *Leç. sur les mal. chir. des enfants*, p. 610 ; — Gosselin, Coxalgie hystérique guérie par l'anesthésie chloroformique avec mouvements provoqués, *Gaz. des Hôp.*, juin 1862 ; — Huet, Coxalgie hystéro-traumatique, *Progrès méd.*, Nos 17 et 19, avril 1886 ; — Launois, Coxalgie hystérique, *Lyon méd.*, p. 395, 1899 ; — Léonardo Bianchi, Contribution au diagnostic et au traitement des arthralgies hystériques, *Ann. di Neurol.*, 1er janvier 1898 ; — Lebreton, Manifestations articulaires et musculaires hystériques, *Méd. News*, 19 juillet 1902 ; – M. Meyer, Arthralgie hystérique, Ueber Gelenkneurosen, *Berl. Klin. Wochens*, p. 310, 1874 ; — Paget, Affections neuromimétiques des articulations, *Leçons de clin. chirur.*, trad., du Dr L.-H. Petit, 3e leçon, p. 274, 1877 ; — Plicque, les Coxalgies hystériques (revue gén.), *Gaz. des Hôp.*, p. 609, 6 juin, 1891 ; — Porni, Arthralgie hystérique, *Revista icon. delle sezione mal. nerr. del Policlinico gén. di Torino*, 1898 ; — M.-A.-C. Robert, Coxalgie hystérique, *Conférences de clinique chirurgicale*, chap. XVI, p. 450 ; – Tœlken, Coxalgie hystérique, *Zeits f. Klin. méd.* 1890, Supplément Heft, p. 174 ; — Trélat, Coxalgie hysté-

rique, *Gaz. des Hôp.*, p. 1033, 1880 ; — Verneuil, Arthralgie hystérique, *Progrès méd.*, 1859, et *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1865-1866 ; — Weir Mitchell, Hystérical Joints, *Lectures on Diseases of the nervous system*, Philadelphia, 2e édit., p. 218, 1885 ; — Wernher, Arthralgie hystérique, *Deuts. Zeits f. chir.*, vol. I, p. 8-72 ; — Zénon Glorieux, Un cas de coxalgie hystérique chez un soldat, communication à l'Acad. de méd. de Bruxelles, 1888, et *Progrès méd.*, p. 32, juillet 1888.

ATROPHIE MUSCULAIRE ET OSSEUSE DE NATURE HYSTÉRO-TRAUMATIQUE

Amyotrophie. — Longtemps niée, l'atrophie musculaire hystérique a été mise en évidence par Babinski. Elle a été dès lors fréquemment signalée. En réalité elle est très rare. Il ne faut pas confondre, en effet, l'amaigrissement et l'atrophie qui frappent naturellement, pour ainsi dire, les muscles en repos prolongé et l'atrophie hystérique. L'amaigrissement et l'atrophie, par suite du non fonctionnement, progressent lentement et régulièrement. L'atrophie hystérique, au contraire, évolue rapidement ; elle est l'expression d'une action morbide qui peut se manifester également sur d'autres tissus.

Liée le plus souvent à de la contracture ou à de la paralysie flasque hystéro-traumatique, notre amyotrophie débute en général de bonne heure, en 15 ou 30 jours ; elle atteint vite son degré maximum (1), reste alors dans un état stationnaire, pour d'ordinaire rétrocéder rapidement dès que la contracture ou la paralysie se sont dissipées et aboutir sauf complications, à la *restitutio ad integrum*.

Tout en pouvant prédominer au niveau de tel ou tel seg-

---

(1) Cette rapidité d'installation et d'évolution constitue pour beaucoup d'observateurs, pour Berbez notamment (*Thèse*, p. 21, Paris 1887), le meilleur des signes diagnostiques.

ment (1) du membre malade, elle semble envahir uniformément tous les groupes musculaires d'un segment donné.

Elle atteint un degré variable.

La contraction idio-musculaire est normale ou exagérée.

Babinski pensait qu'il n'y avait pas de contractions fibrillaires, mais Gilles de la Tourette et Dutil les ont signalées en 1889. Leur constatation est en réalité de médiocre importance ; elles peuvent exister, en effet, en dehors de tout état pathologique appréciable. Nous en avons observé nous-même chez des sujets qui, suivis pendant six ans, ont continuellement présenté toutes les apparences de la santé. Ils avaient un tempérament nerveux, mais un tempérament ne constitue pas, que je sache, une maladie.

Les réflexes peuvent être exagérés (dans une bien faible mesure, croyons-nous).

Les contractilités faradique et galvanique sont normales ou diminuées proportionnellement au degré de l'amyotrophie (2), mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence.

---

(1) Certains auteurs ont même dit qu'elle pouvait prédominer sur certains territoires musculaires tel que l'éminence thénar (Dubois, *Thèse*. Revue générale des amyotrophies hystériques, Paris, 1898).

(2) Quelle est la nature de cette amyotrophie? Pour la plupart des auteurs, c'est une atrophie simple, c'est-à-dire indépendante de toute lésion matérielle de la substance grise de la moelle et des nerfs périphériques. Elle n'est sûrement pas due à l'impotence, car l'amaigrissement qui résulte de cette dernière est lent à se produire et n'atteint jamais un degré très marqué (toutes choses égales d'ailleurs). On aurait affaire, dit Babinski, à la suppression dynamique de l'influence trophique de la moelle, et cette amyotrophie serait analogue à celle que l'on voit apparaître du côté paralysé dans quelques hémiplégies cérébrales avec dégénération descendante du faisceau pyramidal, mais sans lésion apparente des cornes antérieures et des nerfs moteurs (Voir Babinski *Soc. de Biol.*, 20 février 1886).

Nous n'avons trouvé qu'un seul cas tendant à infirmer un peu cette règle. Publié par Gilles de la Tourette et Dutil, (*Nouv. icon de la Salpêtrière*, t. II, pag. 257, 1889), il est de l'aveu même de ces observateurs « douteux » (*Traité de l'Hystérie*, t. II, 2e partie, pag. 574). Il y avait bien une D. R. partielle constatée par Vigouroux, mais était-elle sous la dépendance de l'hystérie ? C'est ce qui, en l'espèce, nous paraît fort contestable.

Beaucoup admettent la possibilité de la D. R., en avouant toutefois qu'il ne l'ont jamais observée ! (Pitres).

Quant à nous, nous adoptons pleinement la pensée de M. le Pr Imbert, qu'il formule ainsi : « Je ne crois pas que la D. R. fasse partie de l'appareil symptomatique de l'hystérie »... mais surtout « Je pense qu'avant de se former une opinion sur l'état des réactions électriques rencontrées chez les hystériques, il serait sage de déterminer d'abord entre quelles limites peuvent varier les caractères qualitatifs et quantitatifs des réactions électriques chez les individus normaux. A lire les observations de maladies diverses (hystérie, névrite, etc.) où les réactions électriques ont été explorées, on constate que des formules qui ont été regardées par certains comme un indice d'une D. R. partielle peuvent se rencontrer chez les gens normaux. On paraît manquer, en somme, d'une base bien certaine et bien précise relativement à l'état normal ».

A ces symptômes ajoutons enfin, d'une part les caractères spéciaux que l'hystérie imprime à toutes ses manifestations et d'autre part les signes d'hystérie générale, et surtout d'hystérie locale, dont l'importance est grande pour le diagnostic. En effet, si chez un sujet atteint de paralysie ou de contracture amyotrophique, la paralysie et la contracture sont évidemment de nature hystérique, il est infiniment probable que l'amyotrophie l'est également.

Mais il est des cas où l'amyotrophie existe en dehors de toute manifestation paralytique ou spasmodique. De tels cas sont heureusement très exceptionnels. (Charcot, amyotrophie hystérique droite chez un sujet atteint d'hémiplégie gauche, *Leçons du Mardi*, 1889 p. 403 ; — Pitres, amyotrophie hystéro-traumatique sans paralysie ni contracture (*Progrès méd.*, 21 février 1891 p. 147).

Atrophie osseuse. — L'hystérie peut-elle causer de l'atrophie osseuse ? Certaines observations tendent à le prouver. En effet, dans des cas d'arthralgie hystérique, opérée ! les os ont été trouvés légers, peu résistants à la scie (Coulson), ayant subi un certain degré d'atrophie graisseuse (Bœckel) (1).

---

(1) Ces deux cas ont été opérés, et voici celui de Bœckel : (*Arthralgie de la hanche et du genou*) : « A l'inspection extérieure le fémur n'offre aucune apparence morbide mais, en le divisant suivant sa longueur, on reconnait une atrophie graisseuse très avancée de sa moitié inférieure. La couche corticale des condyles a à peine l'épaisseur d'une feuille de papier et se laisse déprimer avec les doigts. Le tissu médullaire est jaune paille très raréfié, montrant au microscope des gouttes de graisse et des leucocytes en grande quantité, ainsi qu'un certain nombre de cellules à noyaux multiples. Le cartilage de conjugaison est également en état de dégénérescence graisseuse, la substance fondamentale est infiltrée de granulations, les cellules cartilagineuses sont en voie de prolifération, mais les jeunes cellules sont parsemées de gouttelettes graisseuses en grand nombre. Les cartilages du genou présentent les mêmes lésions à un degré plus avancé ; la rotule est fortement raréfiée ; l'articulation est, d'ailleurs, dans un état d'ankylose fibreuse qui ne permet pas les plus légères tentatives de flexion. Le tibia et le péroné ont la résistance normale et ne paraissent pas altérés. »

Petersen a rapporté un cas à peu près analogue au Congrès allemand de Chirurgie 1895 (cité dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, III, p. 447).

Plus près de nous, des observateurs ont rapporté des cas d'atrophie osseuse qu'ils ont cru devoir attribuer à l'hystérie : Ballet (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1890, p. 407) ; Chantemesse et Vidal (1890) ; Decoux (*Thèse*, Paris, 1896, obs. X). Chauffard a publié un cas d'arrêt de développement de nature hystéro-traumatique chez un enfant de 13 ans (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 mai 1886, et *Gaz. hebd.*, 21 mai 1886).

Assurément la coexistence de l'atrophie osseuse et de manifestations hystériques est indéniable. Doit-on conclure que l'atrophie osseuse est le fait de l'hystérie, parce qu'on ne trouve pas d'autre explication ? C'est assez logique.

Toutefois, et en pratique, la présence d'atrophie osseuse doit toujours faire penser à une altération organique.

M. le Pr Imbert, qui a fait sur l'atrophie osseuse de remarquables travaux (Imbert et Gagnère, les atrophies osseuses post-traumatiques, *Rev. de chirurg.*, 10 juin 1903) et qui ne croit guère à l'atrophie osseuse hystérique, nous a raconté le fait suivant, éminemment suggestif : « M. le Pr Grasset m'avait prié d'examiner les réactions électriques d'un malade atteint d'une hémiplégie aux allures névrosiques. Pour des raisons d'ordre personnel, je radiographiai les membres paralysés de ce malade et y constatai de l'atrophie osseuse. J'en conclus qu'il était atteint d'une lésion organique. » Le Pr Grasset, du reste, fit le diagnostic d'hémiplégie organique. L'évolution a permis de le vérifier. L'observation de ce malade a été publiée dans le *Montpellier méd.*, 1903, par le Dr Calmette, chef de clinique du Pr Grasset.

Signalons, au sujet des troubles trophiques musculaires et osseux de nature hystérique, les publications suivantes :

Ath. Alex. Des troubles trophiques dans l'hystérie, *Thèse* Paris, 1900 ; — Babinski, l'Atrophie musculaire dans les paralysies hystériques, *Prog. méd.*, p. 329, 1886, et reproduit dans les *Arch. de Neurol.*, p. 1 et 154, t. XII, 1886, et N°s 34 et 35, 1890 ; — Blocq, des Rétractions fibro-tendineuses compliquant les contractures spasmodiques hystériques, *Nour. icon. de la Salp.*, t. I, p. 35, 1888 ; — Brissaud, Hémiplégie probablement d'origine hystérique avec amyotrophie, *Arch. de Physiol.*, p. 338, 1887 ; — Catrin, Hystéro-Traumatisme (?) amyotrophique, *Soc. méd. des Hôp.* 6 nov. 1896 ; — Chantemesse et Vidal, Troubles trophiques liés à l'hystérie, *Soc. méd. des Hôp.*, p. 268, 28 mars 1890 ; — Chantemesse, Atrophie musculaire d'origine hystérique, *Jour. de méd. et de chir. pratiques*, p. 677, 10 sept. 1894 ; — Charcot, Atrophie musculaire hystérique, *Semaine méd.*, p. 125, 1886 ; Charcot, de l'Atrophie musculaire dans les paralysies hystériques, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, pp. 412 et 447, 1887 ; Charcot, Rétractions fibro-tendineuses dans les paralysies spasmodiques par lésions spinales et dans la contracture spasmodique hystérique, *Bull. méd.*, 23 mars 1887 ; Charcot, Sclérose latérale amyotrophique ou amyotrophie d'origine hystérique, difficultés du diagnostic, *Arch. de Neurol.*, N° 74, vol. xxv, p. 161, mars-avril 1893 ; — Debove, Hémiplégie hystérique avec amyotrophie survenue à la suite d'une diphtérie, *Soc. méd. des Hôp.*, 11 oct. 1889 ; — Ferrand, Note sur l'observation d'atrophie hystérique présentée par Chantemesse et Vidal, *Soc. méd. des Hôp.*, p. 273, 28 mars 1890, et Joffroy, p. 276 ; — Féréol, Un cas d'atrophie musculaire chez un hystérique (?), *Soc. méd. des Hôp.*, p. 471, 1890 ; — Gilles de la Tourette et Dutil, Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie, *Nour. icon. de la Salp.*, t. II, p. 251, 1889 ; — Gilles de la Tourette, de l'Atrophie musculaire hystérique, *Traité clin. et thérap. de l'Hystérie*,

t. II, 1re partie, pp. 500, 503, et 2e partie, p. 574, 1895 ; — Hirt L., Ueber hysterische muskelatrophie, *Deuts. med. Wochenschrift*, 24 mai 1894 ; — Leroux, de l'Hystérie chez l'homme (résume l'état de la question des atrophies musculaires hystériques), *Journ. des connaissances médicales*, 3e série, t. VIII, p 107, Paris 1886 ; — Massalongo, Atrofia musculare nelli paralisi isteriche, Naples, 1886 ; Delken, *ed. Anal. in Giorn. di Neuropathologia*, anno V, fasc. 1, p. 46, janv. et fév. 1887 ; — Oulmont et Touchard, Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie, *Méd moderne*, 12 et 19 avril, 1891 ; — Pitres, Atrophie musculaire hystérique, *Leçons cliniques sur l'Hystérie et l'Hypnotisme*, t. 1, p. 489, 1891 ; — Raymond, Atrophie musculaire hystérique, Conférence dans *Maladies du système nerveux*, 1889 ; — Rendu, Atrophie musculaire dans l'hémiplégie hystérique, *Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*, 1894 ; — Rose, Atrophie musculaire hystéro-traumatique, *Deutches Archiv. f. Klinische Med.*, Band. 71, Heft. 4.

EXAGÉRATION ET SIMULATION

Je me demande s'il existe un blessé réclamant des dommages-intérêts qui n'exagère, dans une certaine mesure, les troubles qu'il ressent. Dans tous les cas qu'il m'a été donné d'observer, les sinistrés cherchaient à « exploiter la situation ». La plupart, sinon tous, exagéraient manifestement ; beaucoup grossissaient le tableau clinique de tel ou tel symptôme de façon à en accroître la gravité ou à en augmenter la vraisemblance ; quelques-uns, très peu nombreux il est vrai, simulaient en grande partie les troubles qu'ils accusaient ; d'autres enfin attribuaient à l'accident des phénomènes morbides antérieurs à lui.

On admet que l'hystéro-traumatisme ne se révèle dans toute sa splendeur qu'un certain temps après l'accident. Je ne conteste pas la réalité de la période de méditation, mais je suis à même d'affirmer que parfois, pendant cette période au cours de laquelle la science croit le sujet soucieux, agité, occupé en un mot à méditer sa crise, ce dernier ouvrant l'oreille aux conseils de ses amis, de sa famille, de son intérêt, va consulter son homme d'affaire, son médecin, et médite sur la marche à suivre pour tirer de son cas le meilleur parti possible.

Chez une personne de ma connaissance un ouvrier fut victime

d'un accident. Malgré les soins les plus empressés le pauvre garçon allait de mal en pis ; il ne pouvait plus quitter le lit. Il ne semblait pas que jamais indemnité pût être octroyée avec plus de justice. Une expertise avait eu lieu, le tribunal allait sous peu rendre son arrêt, quand des personnes se promenant la nuit près de la maison occupée par le malade, virent ce dernier qui traversait les champs avec une remarquable agilité et rentrait chez lui. Le pauvre garçon venait de prendre une consultation à la ville voisine.

Admettons, si on le veut bien, que le sujet soit sous l'empire de cette diathèse de simulation dont sont atteints les hystériques et qu'il soit irresponsable. Ce n'est pas une raison pour se laisser tromper. Le médecin-expert doit se tenir constamment sur ses gardes, rechercher avec grand soin les symptômes qui ne peuvent pas être simulés et mettre en œuvre toutes les méthodes susceptibles de démasquer la simulation.

Nous ne les décrirons pas et renverrons le lecteur à la *Thèse* récente du Dr Aucopt (De l'hystérie traumatique et de la simulation. Paris, nov. 1903).

Nous nous bornerons à faire remarquer que les symptômes non simulables sont bien peu nombreux. M. le major Bichelonne, par exemple, a prouvé que la simulation du rétrécissement concentrique du champ visuel était possible et il en a publié un cas.

D'autre part, les méthodes destinées à révéler la simulation n'ont généralement de valeur que dans la mesure où le sujet les ignore. Et malheureusement les sinistrés peuvent facilement aujourd'hui, se renseigner et les connaître.

PRONOSTIC

Le médecin, après avoir fait la part de l'exagération et de la simulation, fixé sur l'état actuel du sujet, suffisamment éclairé sur son état de santé antérieur à l'accident, pose le diagnostic : Hystérie traumatique à forme. . . . .

Cette première partie de sa tâche remplie, il doit formuler un pronostic. Quelle sera la marche et la durée de l'hystérie traumatique et, tout d'abord, guérira-t-elle ?

Le sujet peut et doit guérir, son incapacité est donc temporaire. Cependant, il faut savoir que, par suite du genre de vie imposé au malade par certaines formes d'hystéro-traumatisme, des troubles spéciaux plus ou moins graves peuvent se produire dans son être physique ou moral. Certains sont curables, d'autres sont incurables, beaucoup auront une évolution impossible à prévoir. Parmi les premiers, signalons l'étiolement consécutif à la vie confinée, l'atrophie musculaire légère due au défaut de fonctionnement des muscles paralysés. Parmi les seconds, mentionnons les dégénérescences fibreuses, les rétractions fibro-tendineuses secondaires aux contractures. Parmi les troisièmes, plaçons les arthrites sèches par immobilisation, fréquentes chez les arthritiques âgés, les phénomènes neurasthéniques dus aux tracasseries des enquêtes et des expertises, aux soucis du procès, à l'incertitude de l'avenir...

Puisque, sous ces réserves, l'hystérie traumatique peut et doit guérir, quand guérira-t-elle ?

Au point de vue judiciaire, vu les dispositions de la loi, la seule réponse à faire, est que l'on n'en sait rien. Tel sujet a été complètement guéri en huit jours, tel autre ne l'était pas au bout de quinze ans. L'incapacité de travail d'origine hystéro-traumatique est temporaire sans qu'il soit possible, même approximativement, d'en fixer la durée. Voilà ce qu'on doit dire au juge et ce qu'on doit faire comprendre au législateur.

Mais en attendant cette guérison que l'on prévoit mais dont on ne saurait fixer la date, comment va évoluer la névrose? Subira-t-elle des améliorations ou persistera-t-elle semblable à elle-même jusqu'au jour de la guérison ?

Le médecin expert ne saurait le dire sans s'exposer aux démentis de la plus capricieuse des névroses.

Cependant, si devant des profanes, le médecin expert est tenu à la plus extrême réserve, dans un milieu scientifique il peut s'exprimer un peu différemment et émettre les considérations suivantes :

L'hystérie traumatique pure guérit bien mieux que l'hystérie associée à des lésions organiques ou à la neurasthénie qui constituent les deux modes d'association les plus fréquents.

L'hystérie traumatique est moins grave chez les jeunes que chez les adultes.

L'hystérie traumatique locale (je veux dire à manifestations locales) est la plus bénigne, elle guérit souvent sans laisser de traces apparentes et dans un temps relativement court, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme physique ou psychique, soit sous l'influence de la médication. Les paralysies spasmodiques guérissent plus vite, croyons-nous, que les flasques. Cependant leur pronostic doit être plus réservé, à cause des troubles trophiques qui les compliquent parfois (dégénérescences fibreuses, etc.)

L'hystérie traumatique générale est plus tenace que l'hystérie locale, il est rare qu'elle disparaisse en entier.

L'hystérie traumatique locale et générale est naturellement la plus grave.

Le pronostic de l'hystérie traumatique dépend enfin du traitement et de son opportunité. On peut, en effet, distinguer dans l'évolution de l'hystérie traumatique plusieurs périodes :

La première suit immédiatement le choc ; elle répond à une désorganisation, à un état d'inhibition des fonctions nerveuses. Il y a perte ou diminution de la conscience. Elle est de très courte durée.

La deuxième est la période de rumination ou de méditation, c'est l'incubation, si je puis ainsi parler, dont la durée est variable et dépend surtout du degré de prédisposition du sujet et de l'intensité du choc psychique conscient ou subconcient (émotion ou choc physique impressionnant les centres psychiques à l'insu du sujet). Quelquefois ce dernier a vaguement conscience qu'il est hors de l'état normal et qu'un travail morbide s'accomplit en lui.

Cette période correspond à la mise en œuvre d'activités morbides qui, lorsque l'hystérie évolue, vont en s'accentuant jusqu'à s'affirmer, quelquefois brusquement, par des manifestations actuelles qui constituent la caractéristique de la troisième période.

La troisième période est celle des manifestations «actuelles» de l'hystérie traumatique : paralysies, contractures, arthralgies, etc.

La médication suggestive a d'autant plus de chances de réussir qu'elle est appliquée à un moment plus rapproché du début, (si on ne considère que les cas d'hystérie traumatique pure de toute association). L'époque de choix est la seconde période.

La guérison survient tantôt brusquement comme on le voit souvent dans les arthralgies et quelquefois dans les paraly-

sies (cas du Pr Grasset, *Arch. gén. de méd.*, janvier 1903), tantôt progressivement, éventualité plus rare. Elle est, en pratique, absolue ou relative, si je puis m'exprimer ainsi. La guérison est dite absolue lorsqu'il ne persiste aucune manifestation de la névrose (1). Elle est relative dans le cas contraire.

Au point de vue de la capacité du sujet, une guérison relative équivaut souvent à une guérison absolue. Il en est ainsi lorsque l'hystérie ne se manifeste plus que par des stigmates tels que les anesthésies oculaires et pharyngées, le rétrécissement du champ visuel, etc., qui ne diminuent en rien sa valeur économique. En le faisant remarquer au juge, le médecin doit aussi lui dire que les récidives sont toujours à craindre sous la même forme ou sous une autre, tant qu'il persiste des signes d'hystérie locale ou générale, (hypoesthésie du membre paralysé, exagération du réflexe rotulien de la jambe coxalgique (?) (Peuguez, *Thèse*, p. 112, etc., stigmates).

Nous terminons là notre étude sur l'hystérie traumatique, négligeant d'étudier la mesure dans laquelle le degré de prédisposition du sujet doit diminuer la responsabilité de l'accident, et laissant de côté la délicate question de l'évaluation du préjudice subi par le sinistré ou de la diminution de sa valeur économique.

---

(1) C'est au point de vue médico-légal que je parle, car je crois qu'il en est de l'hystérie comme de la syphilis. Rien ne permet encore de dire quand elle est guérie. Elle aime les périodes de latence. Si ces manifestations sont mobiles et fugaces, elle est par contre singulièrement tenace (elle, ou le fond qui lui permet de se développer, fond qu'une première atteinte disposerait alors à des atteintes ultérieures.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

Une énumération de tous les travaux parus sur notre sujet serait trop longue ; nous nous bornerons à mentionner les publications importantes, surtout comme sources bibliographiques :

AXENFELD. — Traité des névroses, in Pathologie de Requin, 1863.

BARWELL. — On hysteric pseudo-diseases or mock Disease of the joints. A. Treatise on diseases of the joints, 1re édit.. 1861 ; 2e édit , 1881.

BECHTEREW. — Simulation dans les névroses traumatiques, Rev. russe de Psych., 1899, p. 866, et Neurol. Centralbl., p. 205, 1900.

BLUM. — Hystéro-neurasthénie traumatique, Paris, 1893, Hasselin, édit.

BOUVERET. — La neurasthénie, 1891, Baillère, édit.

BRIQUET. — Traité de l'hystérie, 1859.

BRUNS. — Névroses traumatiques (bonne bibliographie allemande), Wien, 1901, Alfred Holder.

— Nouveaux travaux sur la névrose traumatique, in Schmidt's jharb., Bd CCXXX.

— Casuistique des névroses traumatiques (article important), Neurol. Centralbl., 1889.

BURZIO. — Dissociation Syringomyélique dans un cas d'hystérie mâle, Rev. icon. de Turin, 1898.

CHARCOT. — De l'influence du traumatisme sur les phénomènes d'hystérie locale, Progrès méd., 3 mai 1878 ; Leçons sur les mal. du syst. nerveux, t. I, p. 449 ; t. III, leçons 3, 7, 8, 20, 25.

CRISPOLTI. — Troubles visuels organiques et fonctionnels, Riforma médica, 25 mai 1902 ; Rassegna internaz. della med. mod., Nos 9, 10, 11, 12, 1900.

Croq. — Névroses traumatiques. Bruxelles, 1896; Lamertin, édit.

Curcio. — Etiol. et diagn. de la névrose traumatique, Rèvista medica della regia marina, p. 517, 1899.

Erichsen. — On Railway and other Injuries of the nervous system, London, 1866 et 1875.

Fabre. — Hystéro-neurasthénie traumatique devant la loi. Thèse, Paris, 1893.

Gilles de la Tourette. — Traité de l'Hystérie, Paris, 1891. Baillère, édit.

Grasset. — Article Hystérie. Dictionnaire encyclopédique.

Grasset et Rauzier. — Article Hystérie. Maladie du syst. nerv., 1894.

Guinon. — Les agents provocateurs de l'hystérie. Thèse, Paris, 1889.

Haskovec. — Névrose traumatique. Casop Lék., Cesk., Praha, 1901, pp. 535, 591.

— Considérations sur les névroses traumatiques. IIIe Congrès des médecins et des naturalistes tchèques, à Prague, 1901.

Higier. — Sur les soi-disant névroses traumatiques et leur simulation (bonne revue générale). Wiener. med. Presse, 1893.

Jamin. — Critique méd. de la loi sur les accidents. Thèse, Paris, 1902.

Kervelis. — Etude sur l'amaurose hystérique. Thèse, Bordeaux, 1902.

Landouzy. — Traité complet de l'hystérie, 1846.

Lasègue. — Mémoire sur les hystéries périphériques, 1878.

Lépine. — Sur la pathogénie des paralysies hystériques. Lyon méd. 5 août 1894, n° 21, p. 461.

Mac Caskuly. — Dissociation hystérique de la thermo-anesthésie. New-York méd. j., 14 déc. 1901.

Maragliano. — Névrose traumatique. Gaz. des hôp. et des clin., 3 juin 1900.

Markoff. — Hystéro-neurasthénie traumatique et la loi sur les accidents. Thèse, Paris, 1901.

Micheli (de). — Amaurose hystérique bilatérale. Gli incurabili, Napoli, mai 1902.

Negro. — Blepharospasme tonique monoculaire hystérique. Rev. icon. de Turin. 1898.

Oppenheim et Thompsen. — Mémoire sur la névrose traumatique. Arch. de Wesphal., Bd. XV. Heft, 2 et 3.

Page. — Injuries of the spine, etc. London, 1885.

Pilcz. — Psychose post-opératoire (Bibliographie complète). Wiener Klin. Vochens, 4 septembre 1902.

PITRES. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. Paris, 1891.

POMME. — Traité des affections vaporeuses des deux sexes, 6e édit., an VII.

PUNTON. — La peur dans l'étiologie des mal. nerv. J. of the amer. med. assoc., 7 déc. 1901.

PUTNAM — Traumatic Neuroses. International Text-Book. of Surgery, par Pearce Gould et Collins Warren, tome II, p. 979.

RAMÉ. — Étude au point de vue médical de la loi sur les accidents du travail. Thèse, Paris, 1901.

P. RICHER. — Traité de l'hystérie. Paris, 1892.

SIMEK. — Troubles oculaires dans l'hystérie. Casop. Cesk. Lek. Praha, 1900.

SOUQUES. — Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moelle épinière. Thèse, Paris, 1891.

VIEDENZ. — Troubles psychiques d'origine traumatique (riche bibliographie). Arch. f. Psych., 1903, t. XXXVI.

VIBERT. — Névrose traumatique, Paris, 1893, Baillère, édit.

VITEK. — Les névroses traumatiques et la question de leur simulation (riche bibliographie). Sbirka Prednasek a Rozprav. zoborn Lekarského, Nos 95 et 96.

Accepté :
Le Président de la Thèse,
CARRIEU.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 15 janvier 1904,
Pour le Doyen
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 janvier 1904.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

TABLE DES MATIÈRES

(Chaque chapitre est accompagné de sa bibliographie)

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!